



HAL
open science

Quand le silence fait sens : le silence comme support de l'accompagnement au sein d'une expérience de bain thérapeutique avec un enfant présentant un Trouble du Spectre Autistique

Bénédicte Albisetti

► To cite this version:

Bénédicte Albisetti. Quand le silence fait sens : le silence comme support de l'accompagnement au sein d'une expérience de bain thérapeutique avec un enfant présentant un Trouble du Spectre Autistique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03293496

HAL Id: dumas-03293496

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03293496>

Submitted on 21 Jul 2021

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.



Institut de Formation en Psychomotricité
Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris

Quand le silence fait sens

Le silence comme support de l'accompagnement au sein d'une
expérience de bain thérapeutique avec un enfant présentant un
Trouble du Spectre Autistique

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

Session Juin 2021

Maître de mémoire :
Anne Vachez-Gatecel

Mémoire présenté par :
Bénédicte Albisetti

« Accueillir, accepter, consentir ; écouter le silence et scruter l'invisible, - tels sont les plus hauts actes de l'attention et de la conscience que doivent accomplir les vivants. Il faut renoncer à l'impatience, au désir de recevoir des signes, à la fébrilité des preuves. Il n'y a que des traces impalpables disséminées de-ci de-là, et qui parfois affleurent, fugaces, à l'improviste au détour d'un instant. Des traces aussi discrètes que troublantes qui n'octroient aucune certitude, mais assignent sans fin à l'étonnement, au songe et à l'attente. »

Sylvie Germain

Thérapie Psychomotrice et Recherches, n°111, 1997

Remerciements

Je tiens à remercier Anne Vachez-Gatecel, ma tutrice de stage et maître de mémoire, qui m'a accompagnée tout au long de l'année dans l'élaboration de cet écrit et m'a guidée vers l'indépendance professionnelle. Merci pour sa confiance, son écoute, sa disponibilité.

Je remercie également tous les patients rencontrés en stage qui ont nourri mes réflexions et enrichi ma pratique pendant ces trois ans. Des pensées pleines pour les enfants de l'Unité de Jour et en particulier pour Noah sans qui cet écrit ne serait pas.

Merci à l'ensemble des professeurs pour leur enseignement de qualité transmis avec passion, et merci à tous les psychomotriciens croisés sur ma route pour la richesse de nos échanges et ce qu'ils m'ont partagé.

Merci aussi au groupe 1, et particulièrement à mes amies Jenna, Elsa, Léa, Justine, Margot, Camille et Neyla, pour votre bienveillance, votre bonne humeur, vos sourires partagés pendant cette merveilleuse aventure.

Un immense merci à Jessica, amie, colocataire, binôme de stage, pour ajouter ton grain de folie qui rend notre amitié particulièrement unique. Merci pour ton écoute et ton soutien sans faille.

Merci à mes frères et sœurs, beaux-frères, belle-sœur, neveux et nièces d'avoir participé à mon épanouissement personnel et professionnel.

Merci papa, merci maman, d'avoir cru en moi depuis le début, de m'avoir soutenu dans cette reconversion. Merci pour votre confiance inébranlable et pour tout l'amour que vous m'avez donné. Sans vous, je ne serai pas celle que je suis à présent.

Enfin, Etienne, merci pour ta présence, ton soutien indéfectible, ta patience à toute épreuve, et la joie que tu me procures au quotidien. Merci, tout simplement.

Table des matières

INTRODUCTION	6
1 CADRE INSTITUTIONNEL	9
1.1 Présentation générale de l'Institution	9
1.2 La psychomotricité dans le service de pédopsychiatrie.....	11
1.2.1 Description générale	11
1.2.2 Place de la psychomotricité	11
1.2.3 Le vendredi.....	12
2 NOAH	13
2.1 Anamnèse.....	13
2.2 Noah en Unité de Jour.....	15
2.3 Sous un angle psychomoteur	18
2.3.1 Autisme : définition	18
2.3.2 Bilan sensorimoteur	19
2.3.2.1 Domaine posturo-moteur	19
2.3.2.2 Domaine praxique.....	20
2.3.2.3 Domaine sensoriel.....	20
2.3.2.4 Domaine de la sphère orale	20
2.3.3 Les grandes fonctions psychomotrices chez Noah.....	21
2.3.3.1 Fonction tonique	22
2.3.3.2 Fonctions sensorielles	23
2.3.3.3 Fonction de perception et de représentations du corps	24
2.3.3.4 Fonction de l'espace et du temps.....	25
2.3.3.5 Fonction de motricité globale et fine.....	26
3 DES RACINES AUX FRUITS DU SILENCE, UN REGARD PLURIEL.....	27
3.1 Origine et définitions	27
3.2 Le silence et ses représentations dans le vacarme du monde actuel ...	29
3.3 Les représentations individuelles du silence.....	32
3.4 Mes propres représentations du silence	33
3.5 Mon rapport au silence dans mes études de sage-femme	33
4 NOAH ET LE BAIN THERAPEUTIQUE	36

4.1	La médiation eau et le bain thérapeutique	36
4.2	Les étapes du bain thérapeutique	39
4.2.1	À la rencontre de Noah	39
4.2.2	La préparation de la salle de bain et le déshabillage.....	40
4.2.3	Le temps du bain	41
4.2.4	Le temps de séchage et de rhabillage et le rangement de la pièce..	42
4.2.5	Le retour sur le lieu de vie.....	43
4.3	Objectifs et évolution au fil des séances.....	43
4.3.1	Objectifs thérapeutiques.....	44
4.3.2	Contenu et évolution	44
4.4	Rythme et temps	46
4.4.1	Le temps et le rythme	46
4.4.2	Les percussions corporelles	48
5	DISCUSSION : LE SILENCE EN THERAPIE PSYCHOMOTRICE.....	49
5.1	Face au silence dans mes études de psychomotricité	49
5.2	Silence en bain thérapeutique	51
5.2.1	Tous en rythme	51
5.2.2	Début de jeu partagé	53
5.2.3	Intégration du silence.....	54
5.3	Les silences du patient	56
5.4	Silence du thérapeute	59
5.5	Silence dans le dispositif thérapeutique en psychomotricité	62
	CONCLUSION	65
	BIBLIOGRAPHIE	67

INTRODUCTION

« Il faut que quelque chose se taise pour que quelque chose soit entendu ».

Cette phrase de Thierry Maulnier résonne en moi depuis ma première rencontre avec Noah ; je vais donc la mettre en lumière.

Je le rencontre initialement en octobre 2020. Armelle (notre maître de stage), Alice (ma binôme) et moi allons le chercher dans la cour de récréation de l'hôpital. Il est en train d'arpenter la cour sur sa trottinette, dévalant les talus d'herbe à toute vitesse. Un de ses éducateurs l'appelle et l'invite à venir nous rejoindre. Il tourne la tête, regarde dans notre direction et semble apercevoir Armelle. Alice et moi sommes dans son champ de vision mais il ne nous adresse pas un seul regard. Après une brève présentation, Noah nous dit rapidement bonjour et s'engage en direction des escaliers reliant son unité en montant les marches quatre à quatre. Nous le rejoignons et l'accompagnons dans l'Unité de Jour, là où la séance en bain thérapeutique se déroule. Dans le couloir qui nous y amène, Noah semble désorganisé, avançant en tournoyant sur lui-même. Arrivés dans le vestiaire, nous nous préparons et démarrons la séance. Placées toutes les trois face à Noah, debout dans la baignoire, il commence ses explorations. Alice et moi étions observatrices, compte-tenu du contexte de première rencontre. Je regarde Noah découvrir le jet d'eau jaillissant du pommeau de douche. Il se trouve peu en interaction avec nous et ne nous regarde pas. J'ai l'impression de ne pas exister. Je ressens alors l'envie de le solliciter afin d'entrer en relation avec lui, mais n'étant qu'au stade de première rencontre, je n'ose pas. J'essaye de comprendre ce qui se passe entre Armelle et Noah. Étonnée, j'observe qu'elle le laisse explorer, elle est tout simplement dans une présence enveloppante. Mais moi je me sens démunie, inutile, inexistante. Je me fais violence pour ne pas participer, ne pas le solliciter, mais cela me demande de réunir toutes mes capacités d'inhibition possible pour être dans la même posture qu'Armelle, c'est-à-dire être juste présente. Je suis censée être une professionnelle de santé qui agit, qui prend soin des autres, mais pourtant je suis à côté sans rien « faire ».

Lors du retour de séance, Armelle Alice et moi débrieffons autour d'une table à propos de cette première expérience avec Noah. Je me sentais vide et inutile.

Déboussolée, je demande à ma tutrice de stage pourquoi elle procède de cette façon avec Noah, sans être dans l'agir. Je me rends compte que je n'étais pas à l'aise d'être dans cette posture. Je m'interroge donc sur mon propre rapport au silence. De plus, je réalise que « ne rien faire » ne veut pas dire que rien ne se passe. Le psychomotricien ne se trouve pas constamment dans l'action, dans le « faire », mais il a aussi cette qualité d'être au monde, prenant le temps d'accueillir l'autre par une pleine présence en faisant silence en soi. J'ai alors remis en question mes propres représentations du métier de psychomotricien, en déconstruisant ce que j'avais bâti dans mes études précédentes de sage-femme. Ces professions de l'urgence ne laissent que peu de place au silence. C'est surtout par leur savoir-faire qu'ils soignent, moins par un savoir-être. Les temps de présence silencieuse sont synonymes de danger.

J'ai donc compris qu'il fallait déconstruire ma façon de faire apprise tout au long de mes études de sage-femme, pour surtout développer une *façon d'être*. Grâce à Noah, j'ai découvert un autre registre de la psychomotricité : celui d'être dans le moment présent, être présent à soi et disponible corporellement pour pouvoir accueillir, laisser l'autre s'épanouir et se sentir exister. Comme Thierry Maulnier l'évoque dans sa citation, il faut taire quelque chose en soi, faire silence, pour pouvoir être à l'écoute de ce qu'il se passe chez soi et chez l'autre.

C'est à partir de cette première séance troublante avec Noah que je me suis ainsi questionnée sur mon propre rapport au silence en tant qu'individu mais aussi sur l'impact que celui-ci peut avoir dans ma profession de psychomotricienne. Quelle place fait-on au silence dans nos vies et dans notre profession ? Comment se manifeste-t-il dans la relation de soin, et peut-il devenir un outil thérapeutique pour le soigné comme pour le soignant ? Quelle place lui faire au sein du bain thérapeutique ?

J'en suis donc venue à me poser la question suivante : en quoi le silence peut-il contribuer au dispositif thérapeutique en psychomotricité ?

Pour développer cette réflexion, je me suis appuyée sur mon stage en pédopsychiatrie de troisième année, à travers l'expérience en bain thérapeutique avec Noah, présentant un Trouble du Spectre Autistique.

Dans une première partie, je poserai le cadre institutionnel dans lequel j'ai effectué ce stage en évoquant aussi la place de la psychomotricité au sein du service où je me trouvais. Puis je présenterai le profil de Noah, ce garçon atteint d'autisme, à travers son histoire de vie, mais aussi sous un angle plus psychomoteur. Ensuite, j'introduirai le thème du silence en l'associant à différentes conceptions selon plusieurs points de vue afin de comprendre les enjeux et la place du silence dans notre rapport au monde. Je développerai par la suite la médiation du bain thérapeutique en la nourrissant de mon expérience avec Noah au sein de ce dispositif. Enfin, j'apporterai un éclairage sur la place du silence en psychomotricité du côté du patient comme du soignant, permettant de comprendre son importance dans la relation de soins en psychomotricité.

1 Cadre institutionnel

1.1 Présentation générale de l'Institution

Le service hospitalier de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent dans lequel j'effectue mon stage se compose en deux sites : un site intra-hospitalier et un site extra-hospitalier composé d'un Centre Médico-Psychologique (CMP), et une unité parents-bébé.

Le site intra-hospitalier se compose de 66 places d'hospitalisation temps plein et de 37 places d'hospitalisation de jour. Il y a également des consultations ambulatoires dans lesquelles font partie le Centre Référent Langage et Apprentissage, un accueil d'urgence, le Centre Référent Autisme (CRA), et le Centre Référent Maladies Rares à Expression Psychiatrique (CRMR). Ce site hospitalier prend en charge toutes les pathologies de l'enfant (autisme, retard mental, troubles du langage et des apprentissages) et de l'adolescent (pathologies psychotiques, troubles thymiques, pathologies à intrication psychosociale).

- L'hospitalisation temps plein est divisée en cinq unités : une unité d'urgence et soins intensifs de 6 lits, une unité pour enfants de 14 lits et deux unités d'adolescents de 15 lits chacune.
- L'hospitalisation de jour accueille des enfants et adolescents de 4 à 18 ans, répartis dans trois unités différentes.

Concernant l'hospitalisation de jour, la répartition se fait ainsi : une unité psychopédagogique accueillant des enfants de 6 à 12 ans en échec scolaire et présentant des troubles des apprentissages, une Unité de Jour enfants recevant 16 enfants âgés de 4 à 12 ans atteints de TSA (Trouble du Spectre de l'Autisme), et une Unité de Jour Adolescents accueillant 9 jeunes entre 12 et 18 ans ayant des troubles graves de la personnalité.

Mon stage concerne uniquement la population de l'Unité de Jour enfants, ainsi que des enfants et adolescents venant de la consultation du CRMR.

A propos de l'Unité de Jour enfants, ce sont des enfants présentant un trouble du spectre autistique ou plus largement un trouble neuro-développemental altérant

les sphères relationnelles et communicationnelles. Il y a deux sous-groupes : le groupe des « petits » de 4 à 7-8 ans et le groupe des « grands » de 8 à 12 ans. L'équipe est composée de trois éducateurs spécialisés (deux chez les grands et une chez les petits) et deux aides-soignants (une auxiliaire de puériculture chez les grands et un aide-soignant chez les petits). Par ailleurs, une équipe pluridisciplinaire est présente pour ces enfants avec psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes et psychomotriciens. Un plan de soin personnalisé est établi en concertation avec les parents et le médecin pédopsychiatre référent.

En parallèle, certains enfants sont scolarisés dans l'école qui jouxte le service ou à l'extérieur, en individuel ou en groupe, selon les besoins de chacun.

Ces enfants sont accueillis du lundi au vendredi par l'équipe éducative. Les journées commencent à 8h40 et se terminent à 16h. Il leur est proposé différents ateliers éducatifs comme des activités manuelles, des jeux collectifs, des sorties culturelles, entrecoupés de récréations et repas. Ils ont également des prises en charge individuelles et/ou groupales.

Avant son admission, l'enfant est en observation pendant quinze jours, une évaluation pluridisciplinaire est réalisée pour comprendre ses besoins et une synthèse a ensuite lieu avec toute l'équipe. L'évaluation initiale permet d'établir un projet de soin personnalisé pour toute l'année. Des mini-synthèses hebdomadaires et biennuelles pluridisciplinaires ont lieu pour chaque enfant afin de suivre son évolution et réajuster la prise en soin si besoin. Des entretiens familiaux sont aussi mis en place afin que les parents apportent leurs propres observations sur leur enfant, et un compte-rendu d'observation ou d'hospitalisation leur est remis. Cet entretien familial se fait en collaboration avec le médecin, l'éducateur spécialisé et les parents accompagnés de l'enfant lorsque c'est possible. Il a lieu tous les deux mois environ. Enfin, une réunion de synthèse chaque lundi soir avec l'équipe de l'unité permet d'échanger à propos de chaque enfant.

Les psychomotriciens des différentes unités participent à ces réunions et sont au cœur de la prise en soin de l'enfant. C'est ce que nous allons développer ci-dessous.

1.2 La psychomotricité dans le service de pédopsychiatrie

1.2.1 *Description générale*

C'est au sous-sol que se trouve le département de psychomotricité. L'hôpital de jour pour adolescents et le département de psychothérapie sont également situés sur ce même niveau.

C'est donc au département de psychomotricité que j'interviens avec Alice, mon binôme de stage, et Armelle, notre tutrice, tous les vendredis de cette année scolaire.

Cet étage est également composé d'un gymnase, d'une salle de réunion, d'une bibliothèque et d'une salle Snoezelen multisensorielle. Outre la salle d'attente, il y a trois salles de psychomotricité, les bureaux des psychomotriciennes et une cuisine. Ces pièces entourent une salle commune où se trouvent du matériel de psychomotricité rangé dans des placards, ainsi que des petites tables installées au milieu de la grande pièce.

Parmi les trois salles de psychomotricité, se trouvent les salles « *Soubiran* », « *Masson* » et « *Bergès* » (dans laquelle un matelas est installé au sol, souvent utilisé pour de la relaxation ou des enveloppements). Les deux premières sont un peu plus grandes et comportent une table, des chaises, un placard contenant du matériel, un espalier dans l'une et un tableau d'ardoise dans l'autre.

1.2.2 *Place de la psychomotricité*

Les psychomotriciens sont rattachés à une unité précise sauf ma tutrice de stage qui travaille transversalement. Ils sont au nombre de dix pour 7,8 ETP (équivalents temps-plein).

Une psychomotricienne intervient dans le service d'Unité de Jour enfants, et tous les enfants, sauf un, ont des séances individuelles ou en groupe en psychomotricité. Concernant les séances de groupes, il y a un groupe « *mime* », un autre de sensorialité « *Pat'patouille* » (que je décris dans la prochaine partie), un

autre d'expressivité corporelle nommé « *Rythme & bouge* », ainsi qu'un groupe « *Equithérapie et cirque* » dans un centre équestre.

Elle collabore en partenariat avec d'autres professionnels de santé qui constituent une grande équipe pluridisciplinaire constituée de médecins psychiatres, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'orthophonistes et d'ergothérapeutes. Des psychologues, des instituteurs et une équipe d'éducateurs sont également au cœur de la prise en charge des enfants et adolescents. C'est le médecin psychiatre référent de l'unité qui prescrit les séances et bilans en psychomotricité.

La communication au sein de l'équipe institutionnelle passe par les réunions de synthèse et entretiens familiaux que nous avons évoqués plus haut. Mais c'est aussi à travers des discussions informelles lorsque nous allons chercher les patients dans leur service que des échanges ont lieu entre les équipes. Nous sommes alors informés de la disponibilité ou non du patient, de ce qu'il s'est passé dans la journée ou dans la semaine.

1.2.3 *Le vendredi*

Chaque vendredi, j'interviens donc en binôme avec Alice dans le département de psychomotricité précédemment décrit. Nous étions dans le même groupe de Travaux Dirigés (TD) en première et deuxième année et toutes les deux très intéressées par les personnes présentant un TSA. Désireuses d'en apprendre davantage sur cette population et de découvrir la psychomotricité dans ce département, c'est ainsi que nous nous sommes retrouvées dans le même stage.

Nous sommes supervisées par Armelle, notre tutrice de stage, psychomotricienne et psychologue, travaillant dans le département de psychomotricité depuis cinq ans.

Toute la matinée du vendredi est consacrée à la passation d'un bilan psychomoteur complet auprès d'un enfant ou d'un adolescent venant la plupart du temps du CRA ou du CRMR, ou encore de l'unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents. Ces évaluations durent environ deux heures et demie et sont précédées par un temps d'anamnèse d'une quinzaine de minutes avec ou sans les parents. Pendant la passation de bilan, nous évaluons de nombreux items psychomoteurs

comme la motricité globale et fine, l'équilibre, les coordinations générales, la latéralité, l'organisation spatio-temporelle, le schéma corporel, l'image du corps, la graphomotricité. Je termine la matinée de passation sans mon binôme car Alice intervient auprès d'un adolescent dans une séance d'enveloppement sec de 11h30 à 12h00.

L'après-midi est consacrée à la prise en soin de trois patients, dont les séances durent environ trois quarts d'heure, parfois trente minutes car nous avons besoin d'un quart d'heure pour raccompagner le patient dans son unité et préparer la salle pour la séance suivante.

Nous intervenons auprès de deux garçons présents dans l'Unité de Jour enfants, ayant tous les deux un TSA. Le premier, Moussa, vient en début d'après-midi dans la salle *Bergès* pour une séance d'enveloppement sec afin de renforcer le sentiment d'unité et de contenance, et de prendre conscience de son enveloppe corporelle. L'autre garçon, Noah, reste dans son unité, pour une prise en charge en bain thérapeutique dans la baignoire de la salle de bain de l'Unité de Jour. C'est l'histoire, la clinique psychomotrice et les séances de bain thérapeutique de Noah que nous allons développer par la suite.

Entre ces deux patients, nous voyons un petit garçon de 5 ans, Léo, qui vient en externe ; nous avons choisi de le prendre en charge suite à son bilan passé en début d'année scolaire. Nous travaillons sur l'étayage de son imaginaire, l'identification et la gestion de ses émotions, tout en instaurant un *cadre sécurisé*.

Nous prenons enfin un temps de débriefing avec Armelle et Alice en fin de journée pour faire un retour sur chacun de ces trois enfants, et ajuster si besoin la prise en soin lors des séances futures.

2 Noah

2.1 Anamnèse

Noah est âgé de 12 ans. Il a une demi-sœur de 20 ans du côté de sa mère, qui habite en Belgique. Ses parents sont divorcés depuis dix ans, sa mère en a la garde

et son père bénéficie d'un droit de garde un weekend sur deux et la moitié des vacances (Noah est dans ce cas souvent chez sa grand-mère paternelle). Son père, d'origine française, est staffeur dans le BTP ; sa mère, d'origine congolaise, a travaillé dans la vente ; elle est actuellement en formation. Suite à de nombreux conflits parentaux, une AEMO (Action Éducative en Milieu Ouvert, mesure judiciaire) a été mise en place quelques mois après la naissance de Noah. Cette mesure a été suspendue dix ans après, lorsque les relations se sont apaisées.

Concernant l'histoire de Noah, après des difficultés de conception et une grossesse normale, Noah est né à terme par césarienne. À ses neuf mois de vie, il pleure de façon très importante, ce qui est concomitant avec les conflits parentaux. Quelques mois plus tard, ses parents sont inquiets car ils constatent une régression du langage, une instabilité psychomotrice, une irritabilité auditive et des difficultés attentionnelles. Il a une alimentation très sélective, mais ne présente pas de troubles du sommeil. Il a marché à onze mois et a acquis la propreté diurne à l'âge de trois ans.

Vers l'âge de deux ans et demi, Noah est adressé par les services sociaux dans une unité petite enfance et parentalité. Il n'y a ni de jeu symbolique, ni de pointage proto déclaratif, ni de suivi du regard. Ils suspectent un TSA, ce qui motive une demande de bilan dans un CRA la même année. Une thérapie mère-enfant avec une psychologue ainsi qu'une guidance père-enfant avec une auxiliaire de puériculture sont mises en place par la suite.

Pour développer la communication, la méthode des PECS (Picture Exchange Communication System) est instaurée par une orthophoniste en libéral une fois par semaine.

Noah a trois ans lorsque le bilan au CRA confirme le diagnostic de TSA.

Puis à trois ans et demi, une prise en charge en HDJ (Hôpital de Jour) débute pendant quatre demi-journées par semaine. Un relais orthophonique est mis en place dans la structure ainsi qu'une scolarisation en petite section de maternelle à temps partiel accompagné d'une AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire). Ce fonctionnement dure ainsi pendant trois ans.

Puis pendant deux ans, Noah est scolarisé six demi-journées par semaine en Unité d'Enseignement Autisme dans une école élémentaire et il poursuit la prise en charge pluridisciplinaire dans le même HDJ à raison de quatre demi-journées par semaine.

Pour que Noah puisse bénéficier de soins plus adaptés par une équipe médico-éducative, à partir de l'âge de huit ans, il est pris en charge dans l'Unité de Jour d'un hôpital parisien, dans lequel il se trouve toujours actuellement.

2.2 Noah en Unité de Jour

Un bilan sensori-moteur a été effectué dans le cadre de son admission dans cet hôpital parisien. Il met en évidence des compétences qui sont encore à développer, probablement dues à une certaine instabilité dans son équilibre sensori-tonique (je détaille ce bilan sensori-moteur dans la prochaine sous-partie).

A son entrée dans l'Unité de Jour, Noah était scolarisé en Unité d'Enseignement Autisme en externe à raison de cinq matinées par semaine. Depuis cette année, il est dans l'Unité d'Enseignement de l'Unité de Jour (trois séances de 45 minutes par semaine), en parallèle de sa prise en charge dans l'Unité de Jour (quatre après-midis par semaine) dans le groupe des « grands ». Il est noté que Noah se situe sur un niveau global de CE1, mais son profil étant très hétérogène, nous ne pouvons pas réellement l'inclure dans un niveau précis. En effet, son niveau de CE1 se retrouve dans l'identification des mots avec un répertoire conséquent en adressage, en lecture et en écriture. En numération, il possède des compétences de CP, et en graphisme des compétences de grande section.

En plus des activités éducatives quotidiennes, Noah bénéficie de trois séances d'orthophonie (deux individuelles et une en groupe), ainsi qu'une séance hebdomadaire individuelle de psychomotricité en bain thérapeutique. C'est dans cette prise en soin en psychomotricité qu'Alice et moi l'accompagnons cette année ; je la détaillerai dans ce mémoire.

Il participe également à un groupe appelé « *Pat'patouille* ». À l'origine, c'était un groupe d'oralité nommé « *Croqu'en bouche* » conçu dans une perspective

sensorimotrice de Bullinger. Du fait du contexte sanitaire actuel, l'équipe qui menait le groupe a dû repenser les modalités de cette proposition car elle reposait sur l'imitation avec la bouche, donc sans masque chirurgical. Ce nouveau groupe transitoire passe donc moins par la zone orale et davantage par les mains. Il a débuté au mois de novembre dernier avec une psychomotricienne et une orthophoniste ; il est constitué de trois enfants entre quatre et douze ans, dont Noah fait partie. Ils ont tous les trois des difficultés alimentaires : cela peut s'apparenter à de l'hypersensibilité, de l'incorporation insatiable ou encore de la sélectivité alimentaire. La séance se déroule toujours en trois temps distincts : un premier temps de détente, puis un temps à table avec des explorations et manipulations de différentes textures ou aliments, et enfin un retour au tapis où le groupe reprend la narrativité de ce qui s'est déroulé. Le cadre est plus facile à accepter pour les deux autres enfants car ils ont participé au groupe « *Croqu'en bouche* », contrairement à Noah. C'est en effet un garçon qui a besoin d'un fort étayage corporel et d'avoir des repères spatiaux bien définis. L'objectif de sa première partie d'année a été de poser le cadre, de trouver des solutions d'aménagement spatial afin de l'intégrer progressivement au groupe. Il était constamment à la recherche du cadre : il criait, montait à l'espalier, se désorganisait et courait partout dans la salle. L'utilisation de pictogrammes pour qu'il intègre les interdits et les consignes a été bénéfique pour lui. Le premier temps de la séance a aussi été adapté afin de le contenir physiquement et psychologiquement. La psychomotricienne l'enveloppe avec des couvertures et exerce des pressions profondes ; Noah en redemande à chaque séance. Concernant le temps d'exploration à table, cela a été compliqué pour lui car il vit difficilement le groupe et n'aime pas rester assis. Maintenant il est capable d'être assis autour d'une petite table adjacente à celle du groupe ; cela représente son espace transitionnel.

Lors des repas à l'Unité de Jour, Noah a fait beaucoup de progrès depuis qu'il est accompagné par une éducatrice. Comme souligné précédemment, la station assise à table avec le groupe était très compliquée pour lui et il ne mangeait que très peu de choses (alimentation sélective). Il a fallu repenser la manière de spatialiser le temps des repas pour que Noah ne se désorganise pas. Ainsi, dans la pièce où tous les enfants de l'Unité prennent leur repas, l'éducatrice a installé Noah dans un coin plus contenant de la pièce avec un paravent pour qu'il n'ait pas le

groupe dans son champ visuel. Malgré ses difficultés alimentaires (il ne mange que ce qui est de couleur blanc-crème), Noah est parvenu à rester assis sans se désorganiser. Et depuis plus de six mois, afin d'accepter progressivement la dynamique groupale, l'éducatrice spécialisée l'a dorénavant installé sur une petite table attenante à celle du groupe, mais elle reste toujours présente à ses côtés pour le contenir.

Au niveau de la communication, Noah utilise peu le langage oral, surtout en tant qu'outil de communication envers un tiers, mais il est possible d'échanger. Il répète souvent des mots ou phrases en écholalie. Il aime bien chanter, cela semble lui procurer beaucoup de plaisir. Il accepte davantage la frustration et intègre lorsqu'on lui dit « non ». Il ne dit pas « je », ou bien il l'utilise mais ce sont des phrases plaquées comme « je veux trottinette Justine moi » en demandant à son éducatrice l'objet désiré. Depuis le premier confinement, il y a eu une dégradation de l'expression. Il comprend des phrases simples, mais quand il est fatigué il n'a plus la capacité de dire non. Il y a peu d'échange-plaisir, c'est surtout quand il a besoin de quelque chose qu'il communique avec ses pairs. Il est très facilement distrait, son attention est fluctuante. En lecture, il est capable de décoder mais il ne comprend pas, et ne détecte pas les émotions dans les histoires. En revanche, il peut parfois identifier les émotions des personnes en se basant sur leurs mimiques faciales.

Concernant ses capacités de socialisation, Noah peut jouer dans la cour avec un ou deux enfants du groupe. Il peut établir un bref contact visuel et physique avec l'adulte, surtout lorsqu'il convoite un objet. Il semble reconnaître ses pairs mais ne marque pas de préférence particulière pour quelqu'un. Lorsqu'il s'oppose, il le signifie en gémissant, en se faufilant s'il le peut pour échapper à la personne, ou en se repliant dans des autostimulations motrices et/ou sonores.

Du fait de son âge et de ses difficultés relationnelles et cognitives, Noah est actuellement en liste d'attente dans au moins trois établissements sur les huit Instituts Médico-Éducatif (IME) demandés.

2.3 Sous un angle psychomoteur

Noah présente un TSA, nous allons donc définir l'autisme de façon succincte puis nous développerons son profil sous un abord psychomoteur à travers des observations psychomotrices.

2.3.1 *Autisme : définition*

Selon le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 5^e édition), publié en mars 2013 par l'APA (American Psychiatric Association), le TSA, anciennement appelé TED (Trouble Envahissant du Développement), se caractérise par une dyade autistique :

- Des troubles de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés (les problèmes sociaux et de communication sont désormais combinés)
- Des comportements, intérêts ou activités restreints et répétitifs. (Guelfi et al., 2013).

Cette définition est dimensionnelle et doit être complétée par le degré de sévérité et, selon la HAS (Haute Autorité de Santé, février 2018), elle « nécessite de spécifier si les conditions suivantes sont associées au TSA : déficit intellectuel, altération du langage, pathologie médicale ou génétique connue ou facteur environnemental, autre trouble développemental, mental ou comportemental, ou catatonie. » (Haute Autorité de Santé, 2018, p.1)

Le TSA est un trouble neuro-développemental (TND). D'après le DSM-5, « *Les TND résultent d'une série d'anomalies des fonctions cérébrales supérieures et des fonctions perceptives et motrices. Les patients ont une symptomatologie hétérogène et polymorphe, avec des déficits de plusieurs fonctions cérébrales supérieures, des troubles comportementaux et moteurs, des anomalies corporelles, un risque accru de crises épileptiques, etc.* ». Parmi eux, on retrouve le handicap intellectuel, les troubles de la communication, les TSA, le déficit de l'attention avec

ou sans hyperactivité, les troubles spécifiques de l'apprentissage et les troubles moteurs. Dans le DSM-5, le critère du jeune âge des patients est supprimé.

Les « troubles/retard du langage » qu'on retrouvait dans le DSM-IV font désormais partie de la première catégorie, et le symptôme clinique « sensibilité inhabituelle aux stimuli sensoriels » apparaissent dans la deuxième catégorie « comportements répétitifs ».

Ces symptômes sont présents depuis la petite enfance (avant l'âge de trois ans) et, mis ensemble, ils altèrent le fonctionnement quotidien.

2.3.2 Bilan sensorimoteur

À son arrivée à l'Unité de Jour enfant, Noah avait huit ans et demi. La psychomotricienne de ce service a réalisé un bilan sensorimoteur à la demande du médecin dans le cadre de l'hospitalisation de Noah.

C'est André Bullinger, ingénieur de formation puis psychologue spécialisé dans le développement sensorimoteur du jeune enfant, qui a élaboré ce bilan sensorimoteur. La sensori-motricité constitue le socle du développement psychomoteur, affectif et cognitif de l'enfant (B. Meurin, 2018).

Lors de la passation du bilan, Noah montre des compétences très hétérogènes dans tous les domaines, tout comme en dehors de l'évaluation, dans l'unité. Il est agité, éparpillé et en même temps peut faire preuve de précision quand par exemple il se déplace à vélo. Dans ses interactions et la communication, ce n'est que de courte durée, mais il y a un accrochage du regard et des rapprochements possibles.

2.3.2.1 Domaine posturo-moteur

Noah peut se désorganiser lorsqu'il est en groupe, il devient agité et a besoin alors de chercher des objets contenant, d'aller vers un adulte, ou encore de se jeter

au sol. La pratique du vélo ou de la trottinette dans la cour semble le rassembler, ses déplacements prennent sens. Noah aime grimper, aller en hauteur en montant sur les talus des pelouses. Lorsqu'on met un coussinet sur son buste en décubitus dorsal, Noah semble plus calme et posé. Sa régulation tonique est en « *tout ou rien* », ce qui signifie qu'il est capable de passer de l'hypertonie à l'hypotonie et vice versa.

2.3.2.2 Domaine praxique

Noah a des difficultés pour se tenir et rester assis, il se met de côté pour effectuer les activités proposées, ce qui l'empêche de réussir correctement. Au niveau du graphisme, il est capable de tracer des courbes. La psychomotricienne a observé un décalage entre les activités sensorielles (comme pousser des cris, taper un bâton pour faire du bruit, mordre des objets) et les activités instrumentales plus élaborées (comme attraper des bâtons et les ranger, faire des constructions avec des baguettes). Noah présente de bonnes capacités d'imitation en s'appuyant sur le rythme (taper des pieds par exemple).

2.3.2.3 Domaine sensoriel

Au niveau auditif, Noah réagit à son prénom au bout de la cour, il cherche à pousser des cris aigus de différentes intensités comme pour chercher la résonance des lieux. Au niveau de sa sensibilité tactile, Noah ne semble pas présenter d'irritabilité des bras et du visage contrairement aux jambes (réaction de retrait). Au niveau visuel, Noah accroche le regard facilement mais la poursuite est difficile. La tâche laser est aperçue et localisée mais il détourne vite le regard. Les détails des objets semblent bien perçus.

2.3.2.4 Domaine de la sphère orale

Noah est en recherche de sensations fortes comme mordre des objets durs (clés, bâtonnets). Il est atteint du syndrome de Pica : il ingère des aliments non

comestibles. Cela nécessite une surveillance accrue par les équipes soignantes car il peut se mettre en danger (objets tels que des vis, des bâtons).

Noah présente également une sélectivité alimentaire importante : lors des repas, il mange seulement du pain et seulement ce qui est blanc. Au niveau de la parole, il sait chanter certaines comptines et ne fait pas de phrase complète ; il dit par exemple « ballon Noah ».

En conclusion de ce bilan, Noah est un enfant qui passe d'une polarité à une autre tant au niveau tonique que dans ses conduites opératoires. Son équilibre sensori-tonique est encore instable, ce qui l'empêche de développer ses compétences sous-jacentes.

En effet, la dimension tonique joue un rôle primordial dans le développement des fonctions instrumentales, et on retrouve fréquemment chez l'enfant autiste ce type de fonctionnement « *on/off* » avec un recrutement tonique important afin de ressentir ses limites corporelles et avoir un sentiment d'unicité.

Compte tenu de toutes ces observations, la psychomotricienne conclut qu'il serait intéressant pour Noah de proposer des activités qui le rassemblent, comme des enveloppements secs, l'utilisation d'objets contenant, la balnéothérapie, l'escalade, le poney, une bonne installation qui favorise les appuis pieds et dos, soutient et développe sa créativité par la construction, le dessin, les activités rythmiques.

2.3.3 Les grandes fonctions psychomotrices chez Noah

Chez les enfants atteints d'autisme, certaines fonctions psychomotrices sont touchées. Elles sont intimement liées les unes aux autres. Chez Noah, nous allons retrouver différents troubles que nous avons observé cette année :

2.3.3.1 Fonction tonique

Nous observons souvent chez les enfants TSA une dysharmonie tonique. Selon M. Jover (cité dans Pavot-Lemoine, 2018), le tonus est « *l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales* ». Le tonus de fond, aussi appelé tonus basal ou permanent, est souvent impacté chez les TSA, tout comme le tonus postural (qui permet de maintenir une posture) et le tonus d'action (qui prépare et soutient le mouvement). Réveillé et al. (2018) constatent une grande hétérogénéité avec une hypertonie du tronc et des muscles proximaux des membres inférieurs accompagnée d'une hypotonie des muscles distaux des membres inférieurs et supérieurs. Cette répartition non homogène peut expliquer des troubles de l'ajustement et du contrôle postural.

Chez Noah, nous observons une dérégulation de la fonction tonique avec des difficultés d'ajustement postural. Il est sur un versant hypertonique, accompagné d'une rigidité du buste en s'érigant avec une tension excessive en extension. Assis ou debout, Noah se positionne en hyperextension axiale comme pour rechercher un arrière-fond. La position assise est difficile à maintenir sans un appui-dos. Nous observons également chez Noah des stéréotypies motrices témoignant d'un trouble de la fonction posturale. D'après le DSM-5, « *Les stéréotypies motrices sont définies comme des mouvements rythmiques, répétitifs, prédictibles, involontaires qui semblent réfléchis mais qui n'ont aucun but ni aucune fonction adaptative évidente et s'arrêtent lors d'une distraction* » (DSM-5, 2013, p.183). En effet, quand Noah se déplace dans les couloirs, il avance en tournoyant sur son axe et chantonne avec différentes intonations. Il a aussi des petits rictus du côté droit de son visage, sans raison apparente. Il y a une influence réciproque entre régulation tonique, fonction posturale et stéréotypies motrices.

Lors des transitions entre les activités, Noah se désorganise et passe d'un extrême à l'autre en courant, quitte à se mettre en danger. En effet, lorsque Alice et moi venons le chercher dans la cour pour la séance de psychomotricité, Noah se précipite vers la porte de sortie. Il n'attend pas que nous sortions de la cour et exerce un fort recrutement tonique en montant rapidement les escaliers extérieurs qui mènent à l'unité de jour, le manteau tombant sous ses épaules. Il est capable de se hisser sur les rambardes étroites en peu de temps et ne se rend pas compte du danger imminent.

Noah se trouve dans un fonctionnement de tout ou rien concernant son tonus et ses conduites motrices ; il peut passer d'une polarité à une autre très rapidement lorsqu'il se trouve dans l'agitation. Pour se réunifier, il cherche par exemple à se déplacer en vélo ou en trottinette dans la cour.

2.3.3.2 Fonctions sensorielles

Les personnes autistes peuvent présenter des particularités sensorielles, c'est-à-dire qu'elles ont un déficit dans le traitement des informations sensorielles par le système nerveux central, et de ce fait leur comportement en est altéré.

B. Meurin (2019) explique ces particularités chez les personnes atteintes d'autisme en précisant qu'elles peuvent être soit en hypo-réactivité sensorielle et la personne a alors besoin de beaucoup de stimuli du fait de son seuil de réactivité trop haut, soit être en hyper-réactivité sensorielle : la personne a un seuil de réactivité trop bas et réagit à la plus petite stimulation. Deux comportements opposés en découlent : dans le cas d'une hypo-réactivité la réaction sera d'être dans des conduites de recherche de sensations, et dans le cas contraire (hyper-réactivité) la réaction sera d'éviter et de s'isoler des situations où la stimulation est présente. De ces particularités découlent des difficultés à gérer plusieurs canaux sensoriels en même temps, ce qui impactera le guidage des actions futures. Ainsi, la personne autiste cherchera à entrer dans une seule modalité sensorielle.

Noah semble présenter plusieurs particularités sensorielles. Il est à la fois en recherche de sensations vestibulaires comme les tournolements sur lui-même, ou encore quand il parcourt rapidement la cour avec sa trottinette. Il aime également sauter dans le bain et tomber sur ses jambes et genoux de toute sa hauteur au fond de la baignoire. Au niveau gustatif, Noah présente une sélectivité alimentaire importante, ce qui indique une hypersensibilité. Concernant le sens tactile, l'utilisation de l'eau pour Noah ne semble pas le déranger, même nous avons remarqué qu'il n'aimait ni qu'on l'éclabousse, même légèrement, ni qu'on lui passe le jet d'eau de la douche sur lui. Cependant, il est capable de faire couler l'eau de lui-même sur son corps. Après la séance de psychomotricité, au lieu de rejoindre ses camarades au goûter, cela lui arrive d'aller s'isoler dans la salle d'hypostimulation située au bout du couloir, dans un recoin. Serait-ce une saturation de stimulations ou bien une façon de prolonger et de s'approprier un peu plus ce silence vécu pendant la séance pour consolider ses éprouvés internes ?

2.3.3.3 Fonction de perception et de représentations du corps

André Bullinger (cité dans Pavot-Lemoine, 2018) a abordé la question des représentations par le biais de la fonction proprioceptive : « *Les premières formes représentatives sont constituées par les habitudes qui permettent de relier les variations d'un flux sensoriel aux variations de la sensibilité profonde. La constitution de cette fonction proprioceptive constitue un premier moyen qui permet au bébé de retrouver des postures faisant partie de son répertoire de base, il peut ainsi s'orienter face à ces flux.* »

Chez les personnes avec TSA, d'après C. Pavot-Lemoine (2020), on retrouve des troubles de la perception et des représentations du corps, notamment des difficultés d'intégration perceptivo-motrice (défaut d'intégration des sensations entraînant des difficultés de régulation motrice, négligence ou focalisation sur des stimuli sensoriels), et des angoisses pouvant s'apaiser par le rétablissement de la sensation de continuité corporelle. La dissociation entre le haut et le bas du corps (avec un faible investissement du bas) et entre les deux hémicorps droit et gauche

est également présente. La personne autiste investit particulièrement la zone orale, souvent non instrumentalisée.

Chez Noah, l'intégration des différentes informations sensorielles est altérée, il les traite une à une, ce qui l'empêche en partie d'avoir une perception unifiée de son corps. Il y a également des troubles des interactions, notamment dans les échanges de regard et la communication verbale, ce qui ne favorise pas la constitution d'une image de soi. Noah est encore dans le corps vécu et perçu à travers la découverte du soi et du non soi, de l'exploration des objets par des expériences sensori-motrices, et l'imitation. Il semble distinguer quelques parties de son corps comme les mains, les pieds, il est capable d'anticiper certaines actions notamment lors du déshabillage et de l'habillage au début et à la fin de la séance en bain thérapeutique.

2.3.3.4 Fonction de l'espace et du temps

Le temps et l'espace sont un ensemble indissociable et sont des données intriquées dans le développement psychomoteur avec l'axe corporel, le tonus, le schéma corporel, la latéralité, etc. L'espace se construit en parallèle du développement du schéma corporel et de la latéralité. Il dépend de son équipement neuro-moteur et neuro-sensoriel ainsi que de ses expériences psycho-affectives. D'après Piaget (cité dans Galliano et al., 2015), l'enfant développe sa perception de l'espace par stades successifs et en fonction de son âge se situe dans l'espace vécu, l'espace conçu et l'espace représenté.

L'espace c'est aussi la distance, c'est ce qui sépare le soi du non-soi, de l'autre, de l'objet. C'est le support de la relation, de la communication.

D'après J.C Coste (cité dans Pavot-Lemoine, 2018), « *La structuration spatio-temporelle est une donnée majeure d'une adaptation favorable de l'individu. Elle lui permet non seulement de se mouvoir et de se reconnaître dans l'espace, mais aussi d'enchaîner ses gestes, de coordonner son activité et d'organiser sa vie quotidienne.* »

Chez les personnes TSA, on peut retrouver des troubles des fonctions de l'espace et du temps, notamment des difficultés de traitement des informations temporelles, un manque de continuité dans la perception des événements, une désynchronisation des interactions sociales précoces, un déficit dans les tâches de reproduction de durées, une sensibilité de discrimination temporelle plus faible.

Noah semble avoir besoin que l'on délimite l'espace. En effet, Noah se désorganise et s'agite rapidement lorsqu'il se trouve dans un espace peu contenant comme les couloirs, la cour de récréation, ou dans des endroits de transition. Il a besoin d'un cadre spatio-temporel *sécuré* afin de se rassembler. De plus, il perçoit et connaît les différents moments qui composent la journée. Il semble avoir une horloge interne et connaît son emploi du temps sans se référer à l'affichage écrit ou imagé.

2.3.3.5 Fonction de motricité globale et fine

On distingue le contrôle des impulsions, la motricité non intentionnelle et les mouvements anormaux, le mouvement intentionnel et les coordinations.

Chez les personnes autistes, on retrouve fréquemment des troubles des coordinations dynamiques générales, des troubles de l'équilibre. Il y a une grande hétérogénéité des troubles de la motricité globale et fine.

Noah semble avoir un équilibre particulier, il est capable de se déplacer sur deux trottinettes en même temps dans la cour de récréation. Dans le dispositif du bain thérapeutique, il peut se placer debout sur le rebord étroit de la baignoire sans tomber. Il sait sauter à pieds joints. Mais comme l'évoque E. Grenier (2009), les troubles de l'équilibre peuvent être le témoin d'une atteinte tonique ou perceptive, il est donc important d'observer d'où peut venir le trouble.

Au niveau de sa motricité fine, Noah aime les activités manuelles comme jouer avec les Kaplas, manipuler de la pâte à modeler.

3 Des racines aux fruits du silence, un regard pluriel

3.1 Origine et définitions

Étymologiquement, d'après Véronique DEFIOLLES-PELTIER, le mot « silence » vient du latin classique *silentium* qui signifiait au XII^{ème} siècle : « *absence de mouvement et de bruit utilisé autant à propos des choses que des personnes* ». Puis le sens évolue et signifie « ne pas exprimer sa pensée » pour ensuite dire « sans faire de bruit, sans dire un mot et sans se plaindre. » (V. Defiolles-Peltier, 2013)

Vers le XIV^{ème} et XV^{ème} siècle, il fait référence à la religion comme le montre les expressions suivantes : « *être mis sous silence, ne pas en parler, imposer silence à quelqu'un, réduire quelqu'un au silence.* ». Il y a aussi une notion de secret et d'interdit, d'absence d'agitation, de calme. Il peut également représenter une interruption dans un discours ou un soupir en musique, permettant de varier le rythme (V. Defiolles-Peltier, 2013).

C'est au XX^{ème} siècle qu'apparaît dans le domaine de la physique un nouveau sens : l'absence de son.

D. Le Breton (1997) apporte une autre définition du silence. Il distingue deux formes dans la langue latine. Celle de *tacere*, verbe actif se référant à une personne, signifiant un arrêt ou une absence de parole. La deuxième forme est *silere*, verbe intransitif se rapportant non pas seulement à l'homme mais aussi à la nature, aux animaux, aux objets, et a une signification plus large : le silence est synonyme de tranquillité, d'une tonalité paisible de la présence. Il renvoie à la solitude de l'individu, ou à son immersion dans un groupe où sa présence n'a guère d'incidence. Tandis que *tacere* est utilisé dans le cadre d'un échange, sous-entendant que l'un des protagonistes garde le silence et projette une signification directe susceptible d'interroger les autres.

En grec, deux dimensions se distinguent concernant le silence : il y a l'action (de se taire) traduit par *siôpân* et l'état (être en silence) traduit par *sigân*.

D. Le Breton rassemble les deux termes latins en disant que « *silere et tacere alternent et participent au jeu du sens, ils se conjuguent à un troisième aspect qui renvoie à la nécessité des pauses afin que la langue ne s'étouffe pas dans le trop-*

plein des mots. » Il ajoute que « *Parole et silence se mêlent pour concourir à l'échange* » (D. Le Breton, 1997, p.26).

Silence et parole sont étroitement intriqués, voire inséparables tels deux faces d'une seule et même pièce de monnaie. Des expressions l'illustrent d'ailleurs très bien : « un silence qui en dit long », ou encore « un silence assourdissant ». Le silence est une forme de communication non verbale. Il se situe dans le registre de l'infra-verbal ou du préverbal. Nous le définissons d'ailleurs souvent par le fait qu'il n'est pas le verbal.

Nous ne pouvons donc pas parler de silence sans évoquer la communication. Dans un discours, nous nous sommes aperçus que celui qui l'écoute retient seulement 7% du contenu verbal, 35% au ton de la voix et le reste, soit 58%, est intégré par la gestuelle et les expressions faciales. En effet, les simples paroles d'un discours ne suffisent pas à le rendre audible. La voix, le regard, les gestes, la distance, le rythme du discours et la distance à laquelle se tient l'autre, ont autant d'impact, voire plus, que les paroles pour l'interlocuteur qui est en face. La communication non verbale est donc essentielle lors d'un échange (R. Narfin, 2012).

Silence et communication vont de pair et D. Le Breton le met en relief en parlant du silence comme modulateur de la communication. Dans une conversation, les silences permettent la réflexion avant de poursuivre un raisonnement, ils sont comme une ponctuation qui rendrait lisible le discours pour une meilleure compréhension. Il relie les propos, favorise leur intelligibilité et fluidifie le discours. Il laisse un espace de liberté dans le dialogue, laissant le choix à l'interlocuteur de s'engager dans le discours, de relancer l'échange ou d'y mettre un terme. D. Le Breton ajoute que « *Chaque parole remue le silence à sa manière et donne une impulsion propre à l'échange. De même, le silence remue la parole en lui donnant un angle particulier, ils ne sauraient se passer l'un de l'autre sans se perdre, sans rompre la légèreté du langage* » (D. Le Breton, 1997, p.26).

Le silence a donc une place majeure dans l'expression et la communication, comme le montre si bien l'adage « si la parole est d'argent, le silence est d'or ».

3.2 Le silence et ses représentations dans le vacarme du monde actuel

Les perceptions du silence sont variées et différentes en fonction des cultures. De plus, la présence exponentielle des technologies actuelles a transformé la façade du monde contemporain, ce qui a des répercussions majeures dans nos modes de communication. On peut alors se demander comment le silence est perçu dans notre monde actuel, quel est le rapport au silence selon les différentes cultures ?

Dans le monde oriental, le silence est mis en avant : il fait partie des codes culturels. L'infra-verbal, les gestes, sont valorisés et significatifs. Par exemple, le silence a un certain poids dans la société japonaise où ont été mis en place des codes d'évitement pour réduire les inconvénients de parler frontalement. Au Japon, la sobriété de parole est une vertu, même en politique la retenue ne nuit pas à la popularité et à la carrière d'un homme. Un premier ministre était justement réputé pour son silence et sa patience.

En sport, dans la culture orientale, le silence est essentiel dans les arts martiaux qui nécessitent une grande concentration. L'élève doit écouter et observer le maître sans lui poser de questions. De plus, dans des traditions religieuses orientales comme le bouddhisme et l'hindouisme, il y a une recherche de silence pour se reconnecter à l'essentiel. Le silence est mis en avant par Bouddha comme un « précieux trésor spirituel » à transmettre. On parle même de méditation silencieuse afin de se déconnecter de son corps et de ses propres pensées pour atteindre le Nirvana, état d'extase suprême. Dans l'hindouisme, le maître n'enseigne pas qu'au travers de la parole, il transmet aussi par le silence : « *la Vérité est exposée dans le silence* » disait Ramana Maharshi, grand maître guru de l'Inde contemporaine. D'importantes manifestations, comme la marche silencieuse de Gandhi, appelée « Marche du sel », ont également montré que le silence pouvait avoir un impact conséquent.

Ainsi, le silence en Orient semble être vu comme quelque chose de précieux, de nécessaire, pour pouvoir s'élever.

Selon Scollon (cité dans Le Breton, 1997), les amérindiens du Nord-Ouest de l'Amérique sont jugés par leurs voisins américains comme des « *passifs, maussades, renfermés, sans discussion, paresseux, arriérés, destructeurs, hostiles, non coopératifs, antisociaux et stupides* », renvoyant à des attitudes différentes dans les conversations (D. Le Breton, 1997, p.29). Il se trouve que ces indiens usent de la

parole différemment, ils font des pauses plus longues, et n'enchaînent pas lorsque l'interlocuteur laisse un temps de silence. Réputés pour leur retenue, les indiens, eux, qualifient les Blancs de sang chaud, de bavards et d'autres termes négatifs. Selon R. Carroll (cité dans Le Breton, 1997), les américains de classe moyenne expriment aussi que les français ont un comportement qui les déroutent. Ils interrompent leur discours sans respecter les pauses. En effet, le principe est de « *ne pas couper l'interlocuteur au milieu d'un mot ou d'une phrase, mais de saisir une légère flexion de la voix, pour prendre la parole à son tour.* » (D. Le Breton, 1997, p.30). L'américain, frustré, trouve alors son interlocuteur superficiel quand ce dernier lui pose des questions sans même sembler se soucier des réponses.

À contrario, dans la culture occidentale la prise de parole est valorisée, il y a même une fuite du silence. L'Histoire a traversé des époques où le silence représentait une façon de dominer les autres, de marquer son autorité, et était donc un signe de soumission. C'est ainsi qu'actuellement le silence est perçu comme une marque de régression sociale, d'autoritarisme qui n'est plus valorisé. Dans la présente culture occidentale, la prise de parole est fortement mise en avant et ceux qui ne sont pas à l'aise pour s'exprimer sont brimés et ont des difficultés à trouver leur place dans la société. P. Breton (2003) parle même de « sociétés audio centrées », nos relations étant principalement dirigées autour de l'expression verbale, à défaut de la gestuelle et du non verbal.

Mais finalement, dans une société moderne où l'on est constamment entouré de bruit, où les personnes extraverties sont valorisées et où ce qui est exprimé par le langage oral ou écrit a davantage de valeur, l'Homme a trouvé des dispositifs pour se protéger du bruit environnant (casque anti-bruit, mur isolant, écouteurs dans les transports). D'autres ont recours à la méditation, des retraites ou randonnées silencieuses, ou encore des manifestations pacifiques silencieuses. Toutes ces quêtes de silence montrent qu'il a toute sa place, et a même un impact positif dans plusieurs domaines.

En musique, on parle de temps de silence ; sous forme de soupirs, de respirations, ils sont indispensables au rythme de la composition et mettent en valeur certaines notes. C. Potel (2013) décrit le silence en musique comme quelque chose qui n'est jamais vide et qui relie l'ensemble avec harmonie et rythme : « *il est suspension, il*

est pont entre deux soupirs, il est ouverture sur le texte mélodique, il est point d'appui rythmique, il est préparation vers d'autres contrées. Le silence est un intervalle, un intermédiaire, un tremplin vers un espace ouvert. Le silence s'interprète, en musique comme en danse. » (Catherine Potel, 2013, p.164) Sans respiration, ce serait une cacophonie, un brouhaha permanent non mélodieux. Le silence est donc le support du rythme. Il donne une structure à la forme musicale. Les temps de silence vont aussi déterminer la vitesse, ce qui donne un tempo à la musique. Le tempo, appelé aussi cadence ou allure, est « *la répétition du temps fort et régulier d'un rythme dont la durée détermine la vitesse, raison pour laquelle on assimile vitesse et tempo.* » (A. Pijulet, 2021, p.1) C'est à travers le rythme qu'est soulevée la question de la structuration, de la construction et de l'expression du sujet. Je détaillerai dans la dernière partie l'importance du rythme.

En sport, le silence est crucial quand, avant un match, une compétition importante, le sportif doit se préparer mentalement à l'action et se concentrer afin de réunir toutes ses capacités. C'est un temps intermédiaire, un temps informel mais précieux et indispensable avant d'entamer un exploit sportif. Cette réflexion est applicable à tous les domaines dans lesquels il y a un enjeu important qui nécessite de rassembler toutes ses compétences.

En termes de spiritualité, le silence est même un mode de vie. Certains ordres religieux, chez les chrétiens par exemple, s'appuient sur le silence dans leur quotidien et le mettent au cœur de leurs activités quotidiennes comme la prière, la contemplation, les repas. En général, le lieu est propice au recueillement, au calme. Certaines communautés religieuses proposent même des retraites spirituelles aux visiteurs afin de faire une pause dans leurs vies effrénées. Le film *Le Grand Silence* de Philip Gröning témoigne de cette vie spirituelle de silence à la Grande Chartreuse. Aussi, quand nous entrons dans un édifice religieux, un lieu de culte, par respect pour les lieux, nous savons que le silence est requis. C'est comme un refuge paisible contre le vacarme du monde extérieur, pour celles et ceux qui sont en recherche de calme intérieur.

3.3 Les représentations individuelles du silence

Nous avons précédemment abordé la place du silence dans les sociétés orientales et occidentales ainsi que dans différents domaines. À présent, nous allons nous pencher sur nos propres représentations du silence, ambivalentes, à la fois positives et négatives.

Le silence peut être perçu comme un *redoutable adversaire*. Dans nos sociétés actuelles où les nouvelles technologies et les réseaux sociaux sont omniprésents, nous sommes constamment sollicités et hyperstimulés, happés par les écrans, créant un besoin permanent d'interagir. Tous ces supports créent une immédiateté, ne laissant que peu de place au silence. Cela montre à quel point on le redoute, on veut remplir l'espace de mots, par peur du vide, renvoyant à un retour vers soi-même.

Le silence, c'est la peur de l'inconnu, du vide, du néant qui peut même renvoyer à sa propre finitude, à la mort. Ce peut donc être associé à quelque chose d'insupportable, de destructeur ou violent. C'est aussi la stupéfaction ou la sidération quand, face à un événement inattendu, nous restons immobiles et muets. Il peut être également teinté de mécontentement quand la personne est dans un silence de repli sur soi (M. Leroux, 2016). Pour un enfant comme pour un adulte, le silence peut être perçu comme de la solitude, synonyme d'absence et parfois d'angoisse. Mais tout est question de subjectivité, car il y a autant de significations que d'individus. La perception du silence est complexe, personnelle et dépend d'une temporalité.

À contrario, le silence est riche et peut se montrer vertueux pour tout un chacun. Il peut incarner la vie, l'apaisement, la sérénité, la présence, le respect, la discrétion. Chez une même personne, le silence peut à la fois produire un apaisement productif et à la fois représenter un frein dans sa vie. Tout dépend du moment, de la situation présente. Il sert d'indice comportemental en lien avec le fonctionnement interne de l'appareil psychique. Il est porteur de différentes significations chez un même individu (C. Richard, U. Kramer, 2013)

Ainsi, la perception du silence est ambivalente, tantôt positive tantôt négative. Ces deux potentialités opposées sont en réalité complémentaires et sont

imprégnées de la subjectivité de chacun, en fonction du contexte, de la charge émotionnelle, et des représentations personnelles.

3.4 Mes propres représentations du silence

J'ai également remarqué que mon propre rapport au silence était plus complexe que je ne le pensais. En faisant une introspection, j'ai perçu une certaine ambivalence comme expliqué plus haut.

En effet, les moments d'arrêt de mouvement sont souvent reliés à des temps d'attente, par exemple quand je patiente dans la salle d'attente pour un rendez-vous médical, ou encore dans une file de personnes, je me surprends à être irritée par cet immobilisme. Nous avons l'habitude d'obtenir instantanément des informations quand nous le souhaitons ou encore d'acheter en un clic le dernier vêtement à la mode. En revanche, dans une salle d'attente, immobile, je sens que le silence me pèse et me renvoie à ma conscience intérieure. J'ai peur d'être envahie de pensées, tourmentée et remettre tout en question. Je le ressens alors comme un vide à combler. Aussi, lorsque je m'isole du bruit environnant à l'aide d'un casque ou de boules Quiès, je me retrouve dans un silence qui en devient presque dérangeant car les bruits internes de mon corps s'imposent à moi. J'ai ainsi un sentiment négatif d'enfermement, d'oppression qui m'envahit. Dans une autre situation, quand j'interagis avec mon interlocuteur, il m'arrive de ressentir un malaise lorsqu'un « blanc » s'installe entre nous. Il dépend surtout de la personne qui est en face ainsi que du contexte dans lequel ce silence s'installe. Il peut être perçu comme un « vent » désagréable à un instant T mais apaisant comme une « brise légère » et nécessaire à un autre moment.

3.5 Mon rapport au silence dans mes études de sage-femme

Mes études de sage-femme m'ont bousculée dans mon rapport au silence et à tout ce qui gravite autour : l'absence de mouvement, la mise à distance, la détente, l'apaisement, la pleine présence, l'écoute.

Il faut d'abord imaginer un service de maternité organisé en plusieurs salles de naissances et un îlot central avec le bureau des sages-femmes où de multiples écrans affichent les constantes biologiques de la mère, le rythme cardiaque fœtal et maternel et d'autres informations sur la santé du couple mère-enfant. Cette « centrale » où sont regroupés ces écrans, est complétée par des alarmes et des indicateurs de couleurs qui alertent si ce qui est affiché est dans la norme ou bien préoccupant. Autour de cette centrale, gravite le personnel soignant : aides-soignants, infirmiers, sage-femme, médecin obstétricien, internes en médecine, étudiants de toutes professions, agents de service hospitalier, futurs pères, etc. Il y a donc un mouvement permanent, de jour comme de nuit, que ce soit un dimanche, un jour férié, ou le jour de Noël. Ajoutons à cela dans chaque salle de naissance le son des alarmes du monitoring fœtal, parfois même celles de l'écran accroché au mur qui indique les rythmes cardiaques des autres salles de naissance pour rester en alerte et ne rien laisser passer. Ces bruits, censés être à l'intérieur du corps et de façon inaudible, sont projetés vers l'extérieur. Il y a aussi les pleurs du nourrisson venant de naître mélangés aux cris de la mère de la chambre attenante avec les encouragements de la sage-femme qui accompagne d'un ton ferme et puissant la femme qui est en train d'accoucher.

Face à cet environnement sonore continu et permanent, mon corps et mon cerveau se trouvaient constamment en alerte. Mes oreilles et mes yeux étaient toujours ouverts, prêts à détecter la moindre anomalie qui pourrait engager le pronostic vital de la mère et/ou du fœtus. Même dans les moments d'accalmie, je me trouvais dans un certain état de vigilance qui m'empêchait de me relâcher et d'être à l'écoute de mes propres sensations corporelles.

Tout ce retentissement sonore résonnait en moi lors de chaque garde (et même après), me laissant alors dans l'impossibilité de faire place au silence.

Les seuls moments de silence régnant dans ce service de maternité étaient des silences d'angoisse, synonymes de mort. En effet, il arrivait que l'accouchement ne se passe pas comme prévu, la sage-femme, sans dire un mot, regardait alors l'auxiliaire de puériculture d'une certaine intensité, ce qui donnait le signal d'appeler en urgence le médecin obstétricien de garde afin qu'il procède au plus vite à l'extraction du fœtus. Ce silence était alors lourd de sens et générateur d'anxiété. De plus, lorsque nous ne captions plus au monitoring fœtal le rythme

cardiaque, cette absence de signal sonore était redoutée, ce silence devenait pesant, il fallait tout faire pour combler ce vide au plus vite.

Ce silence de mort se manifestait aussi dans le cas où le nouveau-né, en sortant de la vie intra-utérine, ne poussait pas de cri. Ce premier cri de la vie tant attendu, signe de bonne adaptation à la vie extra-utérine, est la manifestation même d'un bébé en vie. La situation devenait alors très périlleuse lorsque, dès la première minute de vie, le nouveau-né ne criait pas. Après une brève explication de la sage-femme à la mère, elle emmenait son enfant dans une salle prévue pour la réanimation. Le silence envahissait alors la pièce afin que la concentration soit maximale. Seules les alarmes des machines autour de l'enfant comblaient ce vide.

J'évoquais en début de paragraphe une autre forme de silence, l'absence de mouvement. Dans ce métier, nous devons être dans un état d'hypervigilance presque permanent, en réagissant instantanément à la situation qui peut s'aggraver brutalement et engager le pronostic materno-fœtal. Lors de mes études, j'ai appris des « algorithmes » me permettant de savoir quoi faire dans telle ou telle situation. Ainsi, il n'y avait que peu de place pour les questionnements, les temps de mise à distance ou de repos.

Ces mouvements incessants, ces va-et-vient dans les couloirs, m'empêchaient donc de pouvoir faire silence dans toute cette agitation. Même pendant les temps de repas (quand nous avons la possibilité d'en prendre le temps, ce qui n'était pas toujours le cas en douze heures de garde), je ne m'autorisais pas à faire silence en moi par crainte de trop baisser ma vigilance ou de modifier mon seuil d'alerte au risque de perdre en réactivité et efficacité. Les temps morts n'ont donc pas leur place dans cet environnement.

Dans ces métiers d'urgence où des vies sont en jeu et dont la responsabilité est attribuée aux professionnels de santé formés à cela, il n'y a pas de place à l'hésitation, à l'inaction, à la mise à distance. C'est une profession où le savoir-faire prime sur le savoir-être, même si celui-ci est admis comme indispensable à la création d'une bonne alliance thérapeutique entre les futurs parents et le personnel soignant.

Dans toute cette agitation, comment faire alors silence lorsqu'il est synonyme de peur, d'angoisse et de mort ? Comment accepter ces temps d'inaction afin d'être

attentif à soi et aux autres ? Comment être dans l'action tout en étant pleinement présent à soi ? Comment accueillir l'autre et être à son écoute quand l'écoute de soi n'a pas sa place ?

C'est donc dans ce rapport particulier, presque hostile au silence que je me suis construite pendant mes études de sage-femme.

Mon arrivée en psychomotricité a ensuite modifié mon rapport au silence.

Depuis ma formation en psychomotricité, je suis bien plus à l'aise face à ces « blancs » lorsque je me retrouve dans un échange avec autrui. En effet, je me tiens davantage dans une posture d'écoute, qui me permet justement d'être attentive à ces respirations, ces temps de silence riches de sens. Je laisse place à l'autre pour qu'il puisse se sentir exister. La psychomotricité m'a permis de renouer le contact avec le silence, de trouver le calme même dans la frénésie de la vie. Il appelle au recueillement, diminue le stress et augmente l'estime de soi. Ce besoin de silence se fait encore plus pressant depuis mon arrivée à Paris pour ma formation.

Je détaillerai dans la dernière partie comment ce rapport au silence dans ma formation en psychomotricité s'est transformé.

4 Noah et le bain thérapeutique

Nous allons maintenant nous attarder sur le dispositif du bain thérapeutique et la médiation « eau », à travers l'expérience de Noah en séance de psychomotricité en y abordant la manière dont nous y avons introduit le silence.

4.1 La médiation eau et le bain thérapeutique

Il existe de nombreuses pratiques concernant la médiation eau, avec des différences tant sur le plan du cadre-dispositif que dans la technique thérapeutique. Le bain thérapeutique en est un exemple que nous détaillons ici.

La médiation, corporelle ou non, « propose un espace "entre" et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation

existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe. » (C. Potel, 2015, p.365).

L'eau, dans une visée thérapeutique, a été depuis bien longtemps utilisée dans des soins pour ses nombreux bienfaits. Elle a fait l'objet de nombreuses légendes ou mythologies riches de symbolisme, à travers toutes les cultures. Ainsi, l'utilisation de l'eau en psychomotricité est empreinte d'une vaste histoire, et le thérapeute travaille avec cette valeur symbolique.

D'après R. Roussillon (cité dans Potel, 2009), l'eau, tout comme la terre ou l'argile, représente un médium malléable. Défini comme un « *objet transitionnel du processus de représentation* » (C. Potel, 2009, p.56), ces médiums sont des objets servant à la symbolisation. Ils permettent de mettre en forme ce qui ne peut se jouer explicitement avec le thérapeute. Il présente plusieurs propriétés caractéristiques telles que l'indestructibilité, l'infinie transformation, l'extrême sensibilité, la disponibilité inconditionnelle et la qualité vivante. L'eau a aussi la qualité d'être visible, palpable et peut changer de température. Mais C. Potel la qualifie plutôt de « *médium malléable partiel* » car l'eau à elle seule ne peut maintenir sa forme sans contenant extérieur (C. Potel, 2009, p.58).

Le terme de bain, issu du latin *balneum*, désigne l'action de plonger le corps ou une partie du corps dans l'eau. Le bain est une pratique ancienne qui s'est développée dès l'Antiquité pour traiter les troubles mentaux.

Le bain thérapeutique s'envisage dans le cadre d'une séance individuelle hebdomadaire. Il peut se faire dans une baignoire ou un jacuzzi. La baignoire est à taille humaine donc assez contenante de par sa taille et son volume.

Dans le dispositif du bain, l'eau permet d'offrir un vaste univers sensoriel à travers un travail de sensorimotricité. Elle a de nombreux bienfaits : elle facilite les échanges, elle porte, enveloppe, caresse, apaise et donne des appuis. Elle enveloppe le corps, le stimule et le masse (C. Potel, 2015).

Chaque sens est engagé. Au niveau visuel, l'eau est transparente, elle scintille et crée des mouvements aquatiques. Au niveau auditif, le bruit de l'eau qui coule, ou

quand on agit sur elle en la percutant, est source de sensations. Le sens tactile est développé grâce au corps immergé au contact de l'eau (A. Gatecel, 1989).

Elle permet un accordage entre le thérapeute et le patient. De plus, elle fait émerger des représentations de soi et du monde, et elle a des vertus contenantantes et relaxantes. L'eau apparaît comme un espace relationnel et de jeu. Le milieu aquatique est aussi source de divers fantasmes, c'est un milieu qui rappelle le sein maternel, il est protecteur. Cela peut aussi être le lieu de fusion avec l'adulte, ce qui soulève une problématique de séparation (A. Gatecel, 1989).

Les propriétés de l'eau en font d'elle une fonction contenantante, c'est un médiateur à l'origine de sensations corporelles qui permet de différencier le dedans du dehors, le soi du non-soi, l'imperméable du perméable, et qui renforce les limites des enveloppes (R. Roussillon, 2001). En effet, « *l'eau est vécue comme une deuxième enveloppe délimitant la frontière entre le dedans et le dehors, ou ressentie comme pénétrante comme si la propre peau de l'enfant était une passoire et qu'ainsi son espace-corps serait liquéfié.* » (A. Gatecel, 1989, p.24).

Ce type de médiation permet d'apporter à la personne un vécu de corps-plaisir à travers la détente, l'exploration, la découverte de sensations, l'enveloppement et le plaisir sensorimoteur.

L'accompagnement en bain thérapeutique demande de la part du psychomotricien des qualités de disponibilité, d'engagement, d'écoute et d'ajustement. Il doit se montrer à l'aise avec le milieu aquatique, car sinon il risque de faire communiquer au patient ses angoisses de façon inconsciente. Il se situe hors de l'eau et reste habillé mais il n'en demeure pas moins engagé corporellement, en jouant avec l'enfant tout en le respectant dans ses capacités créatives, sans le toucher ou le déranger constamment dans son jeu. Il accompagne le sujet dans ses sensations corporelles, à travers le relâchement tonico-émotionnel. Le thérapeute constitue un élément de l'activité exploratrice de l'enfant, il est le support sur lequel le patient peut s'identifier pour interioriser ses sensations (A. Gatecel, 1989).

Le développement psychomoteur de l'enfant sera alors favorisé grâce à une exploration variée de situations ludiques. Ces découvertes ne sont pas un but en soi

mais participent à son épanouissement en créant une atmosphère de plaisir à travers le jeu (A. Gatecel, 1989).

A. Vachez-Gatecel (1989) aborde l'approche psychomotrice en milieu aquatique comme moyen d'établir un climat de confiance, de mettre en mots les potentielles angoisses du sujet mais surtout ses comportements. Il désigne les différents repères spatiaux, les parties du corps engagées, les gestes et attitudes pour que l'enfant puisse intérioriser et se représenter les notions. Le psychomotricien fait du lien avec l'expérience motrice vécue par des paroles bienveillantes qui font sens pour l'enfant.

4.2 Les étapes du bain thérapeutique

4.2.1 *À la rencontre de Noah*

Le premier temps dans la prise en soin de Noah est important et nécessaire pour l'aborder, le rencontrer dans son lieu de vie pour la journée, le rejoindre dans son humeur du jour. Ces temps « informels », ou temps de transition, sont des moments privilégiés pour connaître davantage le patient, l'observer dans son environnement quotidien.

Une fois dans la cour, mon binôme et moi scrutons l'espace afin de trouver Noah. Nous le cherchons parfois plusieurs minutes, puis nous apercevons une trottinette au loin qui se déplace à vive allure, montant et descendant les talus d'herbe. Nous l'appelons plusieurs fois, l'éducatrice se tourne vers lui et parfois va à sa rencontre pour lui redire que c'est l'heure de la séance de psychomotricité. Sa vive réaction lorsqu'il nous voit enfin en laissant tomber sa trottinette n'importe où nous laisse penser qu'il a intégré le temps de la séance en psychomotricité. Son visage ne laisse paraître que peu d'émotions, mais Noah semble très enjoué quand il nous rejoint en séance. Arrivé à notre niveau, c'est souvent l'éducatrice qui l'incite à nous dire bonjour, ce qu'il fait de façon furtive sans accrocher le regard. Sans attendre de réponse de notre part, il se précipite aux grillages de la cour, et se dirige vers les

escaliers en les montant quatre à quatre, le manteau descendant jusqu'à ses chevilles. Il nous faut souvent courir après lui car Noah peut se mettre en danger en montant sur les rambardes extérieures du premier étage. Dans le couloir de l'Unité de Jour, il se déplace en tournant autour de son axe, en chantonnant. On l'invite à déposer son manteau dans son casier prévu à cet effet, mais il faut insister car il le jette souvent par terre en se précipitant vers les vestiaires pour se changer.

4.2.2 La préparation de la salle de bain et le déshabillage

Une fois rentrés dans le vestiaire, utilisé par le personnel de l'Unité, nous nous préparons pour la séance. Une porte du vestiaire communique directement avec la salle de bain où il y a la baignoire, et une autre donne directement sur le couloir de l'Unité. Pendant que l'une prépare le bain, l'autre aide Noah à se mettre en maillot de bain. On alterne d'une séance à l'autre pour équilibrer les rôles et ainsi permettre à Noah d'entrer en relation avec nous plus facilement.

Celle qui est dans la salle de bain s'assure que l'eau est à la bonne température et remplit la baignoire au tiers de sa capacité. Elle installe des serpillières partout au sol et enlève tout ce qui sera susceptible d'être mouillé (serviettes de toilette d'autres enfants notamment). C'est une très petite pièce carrelée, exiguë, comprenant une baignoire, un placard contenant du matériel hospitalier, une chaise et un petit coffre noir en polystyrène par terre à côté du placard. Au bout de la baignoire, il y a une petite niche de rangement où sont stockés toutes sortes de jeux de bain (seau, bassine, moulin à eau, poupon, tuyau à vent, jeu d'encastrement...).

Celle qui est dans le vestiaire aide Noah à se déshabiller. Au début de l'année nous l'aidions beaucoup et le faisons presque à sa place. Mais nous avons compris que Noah avait une bonne autonomie, même si ses gestes semblaient désordonnés et peu précis. La pièce est exiguë, ce qui ne facilite pas les mouvements mais permet à Noah de le spatialiser donc d'être davantage contenu physiquement et psychologiquement et d'être ainsi moins désorganisé. Des casiers sont installés au fond, ainsi qu'une table où des affaires personnelles sont déposées, un placard, une chaise, et quelques porte-manteaux. Nous avons récupéré au préalable le sac de Noah

contenant son maillot de bain et sa serviette, ou bien c'est Noah lui-même qui va le chercher avant d'entrer. Il s'installe souvent sur la chaise, et l'une de nous se place à côté de lui en se mettant à sa hauteur, accroupie ou en chevalier servant. Il commence par enlever une chaussure puis l'autre en s'aidant du pied opposé. Il n'utilise que très peu ses membres supérieurs pour se baisser, ce qui laisse penser à une apparente dissociation entre le haut et le bas de son corps. S'il a des chaussures à lacets, nous devons l'aider à les défaire. Noah a des compétences pratiques mais sa dextérité manuelle et notamment le déliement digital semble être fragile. L'assise de la chaise avec un dossier semble l'aider dans son organisation interne. En effet, cela lui arrive de rester debout pendant le déshabillage, et dans ce cas-là, il se disperse et ses vêtements sont éparpillés dans toute la pièce, contrairement à la tenue assise. Noah est capable d'anticipation, quand il doit enlever son pantalon il se hisse debout pour faciliter l'action. Il faut de temps en temps lui répéter les consignes car il peut rester passif sur sa chaise en regardant dans le vide. Cela est étonnant car Noah se montre souvent dans l'agir, que ce soit dans la cour de l'hôpital, dans la salle de vie de l'Unité de Jour, ou bien pendant le bain thérapeutique (cf. *infra*). Cette absence de mouvement lors du déshabillage serait-elle la traduction chez Noah d'un besoin de se récupérer physiquement et psychiquement ? De retrouver ses appuis internes ? Est-ce en lien avec son fonctionnement tonique en « *tout ou rien* » ? Ceci peut aussi signifier que Noah se montre disponible à l'échange, entrant alors dans la temporalité de l'interrelation.

4.2.3 *Le temps du bain*

Puis vient le temps du bain thérapeutique. Noah entre dans la salle de bain sans regarder si tout est en place pour l'accueillir et se précipite vers la baignoire pour sauter par-dessus. Nous lui demandons d'attendre le temps que nous installions la chaise afin qu'il puisse monter dessus correctement pour ensuite entrer dans la baignoire. N'ayant pas de montre ni d'horloge dans cette pièce, nous déclenchons une minuterie pour pouvoir savoir quand la séance se termine. Cela structure également Noah et lui donne un cadre spatio-temporel.

Je décrirai plus en détail l'évolution de Noah au cours des séances de bain thérapeutique dans la prochaine partie.

Quand l'alarme du téléphone retentit dans les vestiaires, Noah n'y prête guère attention, nous l'interpellons donc pour lui dire d'écouter attentivement la sonnerie. Il comprend que c'est le moment de sortir. Nous apportons la chaise au bord de la baignoire pour qu'il puisse en redescendre. Puis Noah se précipite vers la sortie pour rejoindre les vestiaires.

4.2.4 Le temps de séchage et de rhabillage et le rangement de la pièce

Le temps de séchage et de rhabillage est réparti comme le temps de déshabillage : l'une aide Noah et l'autre s'occupe de la partie salle de bain. Comme nous le comprendrons par la suite, une bonne partie de l'eau du bain se trouve à l'extérieur de la baignoire. Il faut donc, en parallèle du séchage et du rhabillage, éponger et essorer toute l'eau déversée dans la salle de bain et dans les vestiaires (l'eau ruisselle de la salle de bain vers les vestiaires). Pendant que l'une de nous deux nettoie, l'autre aide Noah dans cette étape de séchage et de rhabillage. Il a besoin d'aide pour se sécher, car il n'est pas en autonomie totale. Noah est debout et je suis à côté de lui, je tiens la serviette et j'essaie de le rendre acteur mais ce n'est pas évident. Il a une attitude plutôt passive, il regarde ailleurs et chantonne, ses stéréotypies verbales l'occupent pendant le séchage. L'émergence de stéréotypies à ce moment viennent peut-être combler sa difficulté à supporter l'attente, le vide. Puis je l'invite à s'asseoir sur la chaise pour l'aider à se rhabiller. Je pensais que ce temps pourrait être propice aux échanges, à la communication, Noah étant face à moi, assis et calme. Mais force est de constater que son déficit dans les interactions persistait même dans ces moments-là. Je me rendais compte que c'était peut-être ambitieux car nous étions en double tâche : j'interagissais verbalement avec lui en le regardant tout en l'aidant à se rhabiller. Cela peut s'expliquer par un manque de flexibilité mentale, retrouvé fréquemment chez les personnes atteintes d'autisme : trop d'informations peuvent inhiber l'entrée en communication.

Le moment de rhabillage est un passage vers l'extérieur, un temps suspendu, presque un temps de transition où Noah n'est déjà presque plus « présent » psychiquement avec nous.

4.2.5 Le retour sur le lieu de vie

Une fois prêt, Nathan nous dit au revoir en nous appelant par nos prénoms respectifs, sans nous regarder, et retourne tout seul dans le couloir où il retrouve les autres pour le goûter. Nous avons à peine le temps de répliquer qu'il s'est déjà faufilé dans l'Unité. Nous terminons d'éponger, de ranger et nous remettons les objets à leur place.

4.3 Objectifs et évolution au fil des séances

Il faut savoir que Noah n'a pas toujours été en bain thérapeutique pour les séances de psychomotricité. Celles-ci ont commencé il y a deux ans, mais l'expérience en bain thérapeutique n'a débuté qu'il y a un an et demi. Avant cela, Noah était dans une salle de psychomotricité, assez grande et peu contenant. Il portait tous les objets à la bouche, les léchait, et avait des comportements de flairage, d'autostimulations. Il sautait beaucoup, tapait des pieds. Le binôme précédent a alors réfléchi à l'évolution de Noah dans un autre environnement plus contenant et propice aux interactions. Ils ont structuré l'espace de jeu avec des tapis de façon à ce que ce soit plus petit. Puis ils ont proposé un travail sur l'oralité en soufflant avec une paille et d'autres objets. Ces changements ont permis à Noah d'être moins dans des comportements d'autostimulations, et d'être plus présent.

L'idée du bain thérapeutique est ainsi venue et le changement a été marquant : du fait d'un espace plus restreint, du milieu aquatique plus contenant et plus sécurisant (la salle de bain se trouvant dans son Unité de Jour), Noah ne mettait plus à la bouche les objets et pouvait ainsi explorer son environnement et être davantage présent, ancré corporellement.

4.3.1 Objectifs thérapeutiques

Lorsque nous sommes arrivées avec Alice, l'idée était donc d'être dans la continuité de ce que le binôme précédent avait commencé en bain thérapeutique. C'est-à-dire d'investir son corps et sa motricité à travers le plaisir sensorimoteur et favoriser un bon équilibre sensori-tonique. Cela nécessite de lui proposer des expériences qui le rassemblent, d'avoir recours à des actions contenant qui assurent ses limites corporelles et psychiques, de lui donner des appuis (pieds, dos par exemple). Le bain thérapeutique permet aussi à Noah de développer ses représentations spatiales, de favoriser ses activités instrumentales par des propositions rythmiques. De plus, les objets à disposition dans la baignoire peuvent lui permettre d'effectuer des manipulations de transvasement, de remplissage, de vidage. C'est un dispositif qui offre suffisamment de stabilité, de fiabilité pour que cela soutienne son enveloppe psychocorporelle et que l'enfant fasse l'expérience du sentiment d'unité et de continuité d'exister.

4.3.2 Contenu et évolution

Nous avons commencé la prise en soin de Noah fin septembre. Il avait alors onze ans. Les premières séances se sont déroulées en présence d'Armelle, notre tutrice de stage que Noah connaît bien.

Au mois d'octobre et novembre, nous avons travaillé sur une structure rythmique simple représentée ainsi : « □ □ □ □ □ » tout en frappant dans nos mains et en verbalisant comme tel : « TA-TA-TA... ». Noah nous suit alors en rythme en percutant avec la plante de ses pieds le sol de la baignoire. Nous alternons des temps de percussions avec des temps de suspension, de silence. Je décris plus bas ce travail d'alternance rythmique et de silence au travers de vignettes cliniques. Il découvre en parallèle la dimension sensorielle de l'eau à travers les bruits d'éclaboussures, la pression de l'eau sur ses pieds, les effets du jet d'eau sur son propre corps. Il se saisit de cette matière vivante et indestructible, créant un écho, une trace, en éclaboussant fort avec ses pieds par exemple.

Noah expérimente les transvasements, les encastremements avec des objets mis à sa disposition à côté de la baignoire. Il ne s'y intéressera que pendant cette période. A travers les propositions rythmiques, nous développons aussi la dimension

vibratoire, notamment par le biais des cordes vocales, des percussions osseuses et de la résonance de l'axe.

Au niveau tonico-postural, Noah a tendance à s'effondrer en se jetant sur nous ou vers l'arrière de la baignoire pour avoir un appui. Du fait de ces effondrements toniques, nous avons donc travaillé sur les appuis, en utilisant un coussin à picots venant soutenir l'arrière-fond (le dos), ou stimuler les appuis plantaires.

Lors de cette période, nous avons observé des interactions chez Noah. Il a de bonnes capacités d'imitation et un comportement social, accompagnés de quelques sourires et d'un accrochage du regard par moments. Il est capable de nous nommer chacune et sait nous différencier.

Au bout d'un mois de prise en soin, nous avons tous les quatre créé un début d'alliance thérapeutique.

Au cours du mois de novembre, et début décembre, Noah se trouve dans une agitation motrice importante. Il est de plus en plus dans une recherche de sensations vestibulaires, de vibrations, comme pour faire entrer en résonance son axe vertical. Nous continuons les percussions osseuses à travers la structure rythmique du début, tout en apportant de la variation en lui proposant de stimuler son système osseux par des percussions osseuses sur son dos. Nous introduisons également des variations au niveau du tempo en allant plus doucement lorsqu'on tape dans nos mains, ou bien nous modulons en frappant cette fois-ci avec nos mains dans l'eau.

Noah semble être dans un début de plaisir partagé, et non plus seulement dans une agitation motrice en fonctionnement « on/off ». Il est capable de formuler des demandes et d'exprimer certaines sensations : « C'est chaud ! », « C'est bien ! ». Il continue de manipuler des objets comme le tuyau à vent, ou le petit train qu'il prend et qu'il déplace autour de la baignoire.

Entre mi-décembre et début février, son agitation est toujours présente mais l'alternance entre les percussions et les temps de silence semble davantage le structurer et l'apaiser. Il entre de plus en plus en interaction avec nous, en nous faisant plus de demandes, et se synchronise avec nous en rythme. Il paraît prendre plaisir dans les propositions et semble présenter un sourire social. Il ne souhaite plus de percussions osseuses sur son corps.

Enfin, Noah intègre et accepte de plus en plus de variations tant dans le tempo de la structure rythmique que dans les sons produits.

Puis entre le mois de février et la mi-avril, nous instaurons une nouvelle structure rythmique de frappe ainsi représentée : « □ □ □ □ □ », que nous répétons plusieurs fois à différents tempos. Nous sentons que Noah a du mal à l'accepter au début. Il nous montre son mécontentement en nous prenant les mains pour nous faire comprendre qu'il préfère reprendre le rythme habituel. Mais au fur-et-à-mesure des séances, il intègre ce nouveau rythme en se synchronisant avec nous.

Cette période est également marquée par une nouvelle exploration que je décrirai par la suite : il se sert du tuyau et du pommeau de douche en dirigeant le jet d'eau vers l'extérieur de la baignoire, vers nous et sur chacun des murs de la pièce. Il semble alors être plus acteur dans la séance, en dirigeant son action vers nous. Nous entrons peut-être dans un début d'individuation.

Une autre expérience prend naissance durant cette période, celle du jeu partagé : chacun notre tour, nous fermons et ouvrons le robinet. Ce jeu sera également détaillé au sein d'une vignette clinique dans la prochaine partie.

4.4 Rythme et temps

Comme nous l'avons vu, à travers la médiation des percussions corporelles, nous avons proposé à Noah des séquences rythmiques, qu'il a peu à peu intégrées au cours de l'année. Nous allons donc définir le rythme et le temps afin d'en comprendre l'importance en psychomotricité.

4.4.1 *Le temps et le rythme*

Le rythme est défini comme « *la forme répétée et isochrone d'un mouvement structuré en plusieurs éléments successifs organisés en groupement.* » (A. Pijulet, 2021, p.1). La forme est donc la structure du rythme, et elle peut être visuelle, sonore, olfactive, ou tactile.

Mais nous ne pouvons aborder la question du rythme sans évoquer celle du temps. Ces deux notions vont de pair.

Le temps est « *un organisateur fondamental qui permet à l'enfant d'organiser sa perception du monde, de son corps propre, de son environnement, d'agir et de penser* » (Galliano et al., 2015, p.253). L'ordre, la durée et la succession sont trois composantes essentielles du temps qui permettent à l'enfant de développer sa structuration temporelle. À cela s'ajoute d'autres caractéristiques enrichissant cette structuration : l'intervalle, l'irréversibilité, la vitesse, la notion de cycle et le rythme, un peu plus tard.

Il y a le temps vécu, où le nourrisson vit ses premiers cycles et rythmes biologiques, tels que le cycle de vigilance, de veille-sommeil, faim/satiété, action/inaction, présence/absence de la mère. Ces premiers rythmes posent les premiers jalons de la temporalité de l'enfant et participent à la structuration psychocorporelle de celui-ci. Le temps perçu arrive ensuite : par la répétition des gestes et mouvements, l'enfant perçoit et intègre petit à petit la temporalité du geste, ce qui lui permet de marcher à une certaine cadence ou de taper dans ses mains en rythme vers cinq ans. Enfin, le temps représenté permet de penser celui-ci en dehors d'une action. L'enfant prend des repères temporels extérieurs à l'action, il arrive à se représenter des événements dans une temporalité objective (Galliano et al., 2015).

Nous comprenons donc que dès sa naissance (et même dans le milieu intra-utérin), l'enfant est confronté à une pluralité de rythmes, qu'ils soient internes (rythme cardiaque et respiratoire, digestif) ou externes (absence/présence, semaines et saisons).

Il y a également une rythmicité dans les sensations éprouvées au début de la vie : l'alternance chaud/froid, faim/satiété. Cette rythmicité est au départ binaire, l'enfant alterne entre besoin et satisfaction, et la mère essaye d'y répondre en s'adaptant à son rythme. Mais elle ne peut pas toujours être présente auprès de lui, l'enfant va donc peu à peu accepter son absence en supportant un peu plus l'écart entre son besoin et le moment où il sera satisfait. Le rythme devient alors ternaire : besoin, attente, satisfaction. Et c'est dans cette rythmicité que l'enfant va alors supporter ces temps d'absence et de solitude, ces temps de silence. De là émergeront alors les premiers jeux de l'enfant (C. Potel, 2015).

À travers le rythme, nous abordons donc la dimension temporelle et spatiale du mouvement. Le rythme s'inscrit dans le vivant et fait partie intégrante de nos vies. Il nous structure en tant qu'individu et représente la toile de fond de la stabilité des relations et de la permanence de l'objet. Les médiations rythmiques sont donc essentielles car elles mettent au travail le corps du sujet dans sa dimension relationnelle à travers l'accordage, la synchronisation, l'expression, la communication.

4.4.2 *Les percussions corporelles*

C'est A. Pijulet (2016) qui aborde l'utilisation de la percussion comme support thérapeutique en psychomotricité.

L'acte de percuter consiste « *à faire résonner la matière à main nue, avec le pied ou toute autre partie du corps, avec ou sans objet (instrument), sur un objet ou certaines parties du corps, soit pour produire un son, soit pour stimuler et créer des sensations cœnesthésiques par une mobilisation énergétique allant de la surface du corps aux zones les plus internes (organes, muscles et parties osseuses).* » (A. Pijulet, 2016, p.4-5). C'est un dispositif corporel où plusieurs aspects sont abordés : celui de la vitesse, du mouvement, et de la vibration sonore. Mais l'acte de percuter renvoie aussi aux notions de sensorialité à travers le toucher, du relationnel et de l'émotionnel à travers la rencontre.

La percussion corporelle permet de nous donner des informations sur ce qui est dur ou creux, ce qui est musculaire ou osseux, et induit ainsi des effets thérapeutiques en créant des mouvements vibratoires par des ondes de choc. En répétant ce mouvement, un son est produit. La personne prend alors conscience d'elle-même, de son action sur l'environnement et elle peut alors se sentir acteur (A. Pijulet, 2016). C'est donc plus qu'un simple toucher, « *la percussion met alors en avant la dimension rythmique des mouvements corporels et des actions* » (A. Pijulet, 2016, p.5).

Ce rythme renvoie aussi à la notion d'alternance et de cycle. En effet, une forme rythmique répétée est structurée d'une telle façon qu'elle forme un cycle qui se déroule dans le temps.

Le travail rythmique que l'on développe avec Noah permet justement d'introduire de l'alternance. Lorsqu'il tape des pieds en rythme, il alterne entre la mise en mouvement et l'arrêt de celui-ci, entre la mise en tension par un recrutement tonique et ensuite le relâchement, et également par l'alternance entre le bruit et le silence. C'est ce passage du bruit au silence, du mouvement à la suspension, de la tension au relâchement, qu'il va être intéressant de développer en thérapie psychomotrice.

Nous allons donc tenter de comprendre dans la dernière partie comment le silence peut prendre place en psychomotricité, et plus particulièrement dans le dispositif du bain thérapeutique, et l'intérêt qu'il peut avoir au sein de la relation de soin, tant pour le thérapeute que le patient.

5 Discussion : le silence en thérapie psychomotrice

5.1 Face au silence dans mes études de psychomotricité

Dès la première année, je me suis questionnée sur la place du silence dans notre formation, c'est donc par ce biais que j'aborderai cette question.

C'est en accédant aux études de psychomotricité que j'ai démarré un travail de déconstruction de tout un *savoir-faire* pour en acquérir un nouveau. Il a fallu aussi reconstruire un *savoir-être*, passant par une nouvelle façon d'être au monde. Cette reconstruction a pris du temps, il a fallu entre autres traverser de nombreuses expériences corporelles en petit groupe de TD pour que je puisse accorder une nouvelle place au silence et ainsi être pleinement présente.

En première année de psychomotricité, j'ai été dès le début désespérée quand j'ai vu que les propositions faites en TD concernaient nos ressentis à travers nos sensations corporelles. Il n'était plus question de savoir quel algorithme utiliser, comme en études de sage-femme, pour réagir face à telle situation. Il fallait que je découvre comment être dans une écoute active de mes propres éprouvés corporels, donc de faire silence d'une certaine façon.

J'étais déroutée car dans mes études de sage-femme nous suivions des protocoles bien établis qui nous permettaient de savoir quoi faire face à une situation qui arrivait. En psychomotricité, il n'y a pas de protocole qui nous dicte les conduites à tenir. Les études passent avant tout par l'expérience de ses propres perceptions et sensations corporelles afin de comprendre les tenants et aboutissants du métier. Nous apprenons donc à développer un savoir-être, pour devenir disponible à l'autre et construire un savoir-faire. En TD de relaxation de première et deuxième année, j'ai fait face à des difficultés pour me mettre en condition d'écoute corporelle. Je me rendais compte que j'analysais toutes les inductions verbales du relaxateur, ou bien j'étais envahie de pensées sans arrêt. Je retrouvais ces mêmes difficultés lors des temps de TD en expressivité du corps et conscience corporelle lorsqu'il fallait vivre pleinement dans son corps les dispositifs proposés, sans connaître au préalable les objectifs de ceux-ci. Je me rendais alors compte que j'étais dans le besoin de me reconnecter au moment présent pour être disponible corporellement et vivre pleinement ce qu'on nous proposait d'expérimenter. Il fallait pour cela que je trouve le moyen de faire silence en moi.

Au cours des TD de groupe de parole, les temps de silence me rendaient mal à l'aise. C'est un espace de partage fait pour les étudiants, pour laisser libre cours à la parole, à nos questionnements. Or, le psychomotricien qui encadrait ce dispositif ne souhaitait pas donner de consignes particulières, il nous laissait la parole. Il régnait alors un silence qui parfois durait très longtemps (plus de dix minutes) et cela m'angoissait. Nous étions en cercle et nous nous regardions les unes les autres d'un air gêné. Parfois, je me surprénais à rire nerveusement, j'essayais de me contenir mais mon malaise se manifestait corporellement. Ce silence était pour moi synonyme de vide, de néant. Je sentais même ma respiration se couper, et mon corps se figer. Cette absence de mouvement ne m'était pas supportable, je me trouvais comme emprisonnée dans mon corps. C'est donc avec une réelle appréhension que je me rendais à ce temps de parole, toutes les deux semaines.

Et puis au fur-et-à-mesure de l'année, je me suis aperçue que ce que je vivais comme une contrainte n'en était pas pour d'autres. Des personnes du groupe ont pu s'exprimer, se libérer par la parole et cela a généré des questionnements dans le cercle. J'ai compris que ce silence n'était pas vide de sens, il a permis à chacun de faire corps avec, de laisser pleinement chacun prendre sa place, et d'être présent à

soi. Ce silence prenait tout son sens et devenait en quelque sorte thérapeutique. Cela créait un espace de parole contenant et bienveillant. Si le psychomotricien avait occupé tout l'espace sonore, nous n'aurions peut-être pas pris la parole, ni partagé nos émotions et nos questionnements.

Enfin, dans ma troisième et dernière année, j'ai choisi une option qui m'a fait réfléchir sur la place du silence : le jeu dramatique. À travers des mises en situations corporelles mettant en jeu la voix, les émotions, le récit, les personnages, j'ai réalisé que pour m'exprimer il était parfois plus facile de m'engager corporellement que par la parole. Pour jouer certaines émotions, je n'avais que pour seul langage celui du silence. M'exprimer verbalement pouvait entraver mon langage corporel.

Ainsi, mon arrivée dans les études de psychomotricité m'ont permis de reconstruire un nouveau savoir-être en apprenant à faire silence en moi afin d'être pleinement présente à l'autre.

5.2 Silence en bain thérapeutique

5.2.1 *Tous en rythme*

Alice et moi nous plaçons face à Noah qui se trouve dans la baignoire de l'Unité de Jour. Nous commençons la séance en se disant bonjour. Noah ne nous regarde pas dans les yeux mais nous sentons qu'il adresse son bonjour à chacune d'entre nous, en nommant nos prénoms. Puis il ouvre le robinet d'eau, ce qui enclenche le jet d'eau provenant du pommeau de douche. Comme à son habitude, il nous demande de taper dans nos mains, ou bien dans l'eau. Au début de l'année, nous tapons surtout dans nos mains. Nous accompagnons nos frappes verbalement de cette façon : « TA-TA-TA ». La structure rythmique est représentée ainsi : « □ □ □ □ □ ». Noah tape avec ses pieds le fond de la baignoire remplie d'eau, en alternant un pied puis l'autre, comme un rythme de marche. Puis nous accélérons le rythme en tapant de plus en plus vite dans nos mains, soutenant toujours ce temps par la parole. Nous observons chez Noah l'excitation monter au fur-et-à-mesure que le rythme s'accélère. Il se montre amusé, souriant. Il accélère aussi avec ses pieds et exerce un recrutement tonique de plus en plus prononcé. Il nous montre avec ses pieds qu'il

veut qu'on accélère encore plus. Puis lorsque nous sommes au summum, nous frappons un dernier grand coup pour signifier que c'est la fin. Noah se jette alors de toute sa hauteur dans le bain en atterrissant sur les genoux, talons contre fesses. L'eau du bain éclabousse partout à l'extérieur de la baignoire et Noah éclate de rire. Il passe du bain sonore musical et corporel au bain aquatique ; sa sensorialité est ainsi éprouvée dans des milieux matériels différents.

C'est au moment où il se trouve assis après avoir sauté qu'Alice et moi introduisons la notion de silence. Nous le lui signifions en posant notre index sur notre bouche s'accompagnant d'un « *chut, pas de bruit !* » en chuchotant. Noah nous regarde, et par imitation il répète : « *pas de bruit !* ». Il s'arrête alors dans ses mouvements pendant quelques secondes avant de se relever et de reprendre la structure rythmique en percutant le sol de la baignoire avec ses pieds.

Cette alternance percussion/silence s'est faite progressivement car Noah appréciait peu ces temps de suspension. Tout comme l'eau qui coule et se répand, il jubilait lorsqu'il se laissait tomber et se répandait de tout son long dans la baignoire. Il était capable de répéter plusieurs fois d'affilée la séquence rythmique quitte à l'écourter pour pouvoir sauter et s'étaler autant qu'il le pouvait, sans prendre en compte la consigne de ne plus faire de bruit. Être dans cette agitation permanente, était-ce pour lui une façon de se sentir exister, ou une manière de stimuler son système vestibulaire ? Ces temps suspendus n'avaient-ils aucun sens pour Noah ? Était-ce synonyme de vide et de néant ? Perdait-il ses repères spatio-temporels ? Nous pouvons émettre l'hypothèse que son agitation motrice peut être une stratégie de défense permettant de maintenir une continuité d'action et de stimulations motrices. Cette agitation pallie le silence, synonyme de discontinuité, de rupture et de déstructuration. C'est aussi probablement une manière de stimuler son état tonique, entre contraction et relâchement, entre verticalité et chute dans l'eau, entre dureté du corps et liquéfaction par l'hypotonicité.

Peu à peu, Noah a accepté ce dispositif, en posant son doigt sur sa bouche comme nous, et maintenait plus longtemps la position assise sans s'agiter de nouveau. Parfois, nous prolongions ce calme en exerçant un appui-dos par des percussions osseuses. Nous sentions que Noah intégrait davantage ces temps de repos qui introduisaient de l'alternance et des variations dans la séquence de mouvements.

5.2.2 Début de jeu partagé

C'est au cours d'explorations autour du robinet de la baignoire qu'un jeu partagé s'est mis en place, et que Noah a peu à peu intégré et accepté les temps de silence. Comme l'analyse Christine Schuhl, « *le silence est une parenthèse qui s'ouvre sur un moment d'échanges et de complicité* » (C. Schuhl, 2008, p.11). Ce temps de séance que je décris ci-dessous montre bien la complicité qui s'installe entre Noah et nous.

Noah aime lorsque le robinet est ouvert ; le jet d'eau coule alors dans la baignoire. Le bruit de l'eau qui s'écoule se répand dans toute la pièce et crée une enveloppe sonore. Alice décide de le taquiner en fermant le robinet tout en regardant Noah avec un sourire. Nous attendons sa réaction, qui ne se fait pas attendre : il semble agacé, pousse des cris de mécontentement et le rouvre tout de suite après. Ainsi, Alice, en répétant son action, entre dans un jeu d'alternance avec Noah où il ouvre le robinet puis elle le referme. Chacun reste dans son rôle d'ouverture et de fermeture. Par cette répétition, Noah passe de l'irritation aux sourires puis aux rires. Il semble amusé par la situation.

C'est autour de cette alternance ouverture/fermeture, bruit/silence que le jeu partagé apparaît.

Cette médiation de jeu partagé fait appel à ce que F. Joly (1993) a développé dans son travail du « *jouer avec* ».

« *Faire ensemble* », « *être ensemble* » sont au cœur du dispositif. Le principe de co-construction et de non-directivité favorise la création d'un travail thérapeutique, le patient étant à l'œuvre dans le processus tout en étant accompagné et soutenu par le psychomotricien, garant du cadre (F. Joly, 1993, p.46). Ce dernier doit être engagé et impliqué corporellement.

Le « *jouer partagé* » est en psychomotricité « *notre matière première, matière malléable dans le processus de soin. C'est un vecteur de rencontre, un accès au patient, à son développement, son environnement et à sa problématique, ainsi*

qu'un formidable outil pour cheminer ensemble dans le processus psychomoteur » (A. Gatecel, 2016, p.126). C'est davantage le contenant que le contenu du jeu qui nous concerne dans cette médiation. En s'exprimant, l'enfant va trouver le moyen de communiquer ce qui n'est pas encore possible de révéler sous une forme secondarisée (A. Gatecel, 2016).

Alice et moi alternons chacune notre tour pour fermer le robinet, nous entrons alors dans une triangulation à travers le jeu où le robinet fait office d'objet d'attention conjointe. Cet objet-tiers permet de soutenir la relation au sein du processus thérapeutique (C. Debard, 2018). Noah semble prendre plaisir à jouer, à entrer en interaction avec nous. Comme Catherine Potel (cité dans Debard, 2018) l'évoque, le plaisir dans le jeu est *« au centre du dispositif que le psychomotricien met en place pour soutenir l'investissement du corps, autant des aspects instrumentaux que relationnels »* (C. Debard, 2018, p.74).

Puis au fil des séances, Noah va de lui-même prendre l'initiative de fermer le robinet. Auparavant, il n'était que dans l'ouverture, voulant avoir le bruit du jet d'eau. Nous avons donc échangé les rôles : Noah fermait le robinet et nous l'ouvrions. Cette nouvelle variation a sûrement pu se faire grâce au plaisir procuré lors de ce jeu partagé, en intégrant plus facilement ces temps de silence lorsque l'eau ne coulait plus.

5.2.3 *Intégration du silence*

Lors d'une séance où nous continuons le travail rythmique en alternant les frappes et les temps de suspension, Noah s'arrête de lui-même dans son agitation, il se fige, le robinet est fermé. Nous étayons verbalement en mettant en mots ce qu'il se produit afin d'essayer de donner du sens. Nous l'invitons donc à écouter les bruits environnants comme le bruit des tuyauteries autour, les enfants qui parlent dans le couloir d'à côté, le bruit de sa respiration. Il regarde autour de lui, il semble être réceptif. Puis il se remet en mouvement.

Dans cette séance, Noah n'a pas eu besoin d'objet sur lequel s'appuyer pour faire silence. L'intégration et l'acceptation d'absence de mouvement et de bruit chez Noah a pu être possible grâce aux expériences sensorielles et au jeu partagé des séances précédentes. Petit à petit, nous avons tenté de nourrir sa structuration psychocorporelle à travers un étayage verbal, mais aussi par le biais de la recherche d'appuis (dos, pieds), la stimulation de son axe et de son enveloppe corporelle. Nous assurons un étayage extérieur pour nourrir ses perceptions corporelles et ses repères internes et pour apaiser ses angoisses face à ce silence potentiellement anxiogène.

Comme nous l'avons vu précédemment, les propriétés de l'eau font d'elle un médiateur créant une certaine contenance. Elle représente un réel support pour aborder le silence sans générer trop d'angoisses.

L'eau, tout comme le silence peuvent avoir des significations différentes et être à l'origine d'ambivalence.

L'eau est à la fois source de vie comme de mort, elle vivifie tout comme elle peut tuer, elle nourrit et elle engloutit, elle peut être dévastatrice tout comme bienfaisante, elle est médicalisée ou polluée, lourde ou légère, plate ou gazeuse, douce ou violente, et peut refléter la pureté qui s'oppose à l'eau croupie (A. Doucet, 1989).

Cette ambivalence se retrouve également dans le silence, comme nous l'avons vu dans la troisième partie.

Noah se tient debout dans la baignoire, le robinet est ouvert, il attrape avec sa main droite le pommeau de douche, et projette le jet d'eau vers l'extérieur. L'eau s'écoule de celui-ci sur chaque mur de la pièce, sur le placard et au-dessus de celui-ci, sur la porte qui mène aux vestiaires, et au-dessus de lui sur la tuyauterie qui entoure la baignoire. Noah se montre calme, semble intrigué et en même temps apaisé par cette action. Nous mettons en mots ce qu'il fait, en nommant l'endroit où il passe le jet d'eau et le fait que ça ne fasse pas le même bruit partout. De l'eau s'accumule donc sur le sol de la salle de bain, nous pataugeons dedans. C'est un moment de la séance où Noah ne semble ni désorganisé ni dans l'agitation.

Lorsqu'il sort de l'eau pour se rhabiller dans les vestiaires, Noah est calme, je l'enveloppe dans sa serviette, il semble serein.

L'utilisation du tuyau de douche où le jet s'étale dans toute la pièce est apparue dans la deuxième moitié de l'année. Ces moments semblent apaiser Noah. Il se trouve dans un état d'éveil calme lorsqu'il explore la salle avec cet objet. Cela me fait penser après-coup à une scène d'accouchement : le nouveau-né tout juste sorti du ventre de sa mère où le cordon ombilical serait symbolisé par le tuyau, puis il serait emmaillotté dans un linge chaud.

Le tuyau de douche introduit également l'importance de la spatialité. L'eau est contenue par un espace et déversée dans un autre. C'est aussi la jubilation de la maîtrise de l'objet.

Le tuyau peut aussi être identifié à une bouche qui crache ou recrache. Noah utilise sa bouche comme instrument sensoriel d'approche objectale. La bouche a cette fonction de remplir et de vider, elle est zone érogène, source de plaisir. Elle institue le rapport du dedans au dehors.

5.3 Les silences du patient

Pour beaucoup de nos patients en psychomotricité, le silence est source d'angoisse, de rupture, de vide, de mort. Aucune représentation ne pourra alors venir soutenir la continuité de soi. Cette continuité d'existence peut faire défaut.

C'est D.W. Winnicott (2006) qui développe sa théorie sur le sentiment continu d'exister. L'enfant au début de sa vie n'est pas différencié de son environnement, il n'existe qu'à travers sa mère. Les stimulations sensorielles de la mère vont venir soutenir le processus de maturation du bébé. Mais ces stimuli ne sont pas continus, le bébé n'a pas la sensation d'être unifié, son existence est en quelque sorte discontinue. C'est une forme de silence vécu comme un vide sensoriel que le bébé ne parvient pas encore à combler. C'est par la répétition de stimulations sensorielles et de verbalisations de la mère que le bébé sera en capacité d'intégrer des sensations et ainsi mobilisera ses repères internes lui conférant une sécurité de base. Petit à petit, l'enfant va réussir à supporter un écart plus important entre son besoin et la réponse maternelle. Cet intervalle qui se crée dans l'interaction mère-bébé fait référence à l'espace transitionnel de D.W. Winnicott. L'enfant pourra alors trouver

un objet autre que sa mère, ce qui lui permettra de se différencier d'elle. C'est la genèse du processus d'individuation. Il n'est plus dépendant de sa mère pour exister, et possède alors le sentiment continu d'exister. Ce début d'indépendance à l'environnement « *transforme le vide en un plein imaginaire souhaitable et épanouissant, et les objets du besoin en objets du désir* » (D.W. Winnicott, 2006, p.23)

De ce processus naît la capacité d'être seul. Elle implique que « *l'individu a eu la chance grâce à des soins maternels suffisamment bons d'édifier sa confiance en un environnement favorable* » (D.W. Winnicott, p.80). Cette « *nécessaire présence de l'absence, du vide, du manque* » permet de « *construire la capacité qu'a l'enfant d'être seul mais en présence de sa mère* » (D.W. Winnicott, 2006, p.23).

D.W. Winnicott aborde le silence dans cette capacité à être seul : « *Il y a des moments où cette aptitude à être seul est importante pour le patient. Du point de vue clinique, cela peut se traduire par un épisode de silence ou une séance silencieuse.* » Et il ajoute que « *ce silence constitue en fait pour le patient un aboutissement. C'est peut-être là qu'il est capable, pour la première fois, d'être seul* » (D.W. Winnicott, 2006, p.73).

En clinique psychomotrice, Véronique Défiolles-Peltier (2013) a réfléchi à cette question du silence, et en particulier auprès d'adultes schizophrènes. Chez des personnes ayant des hallucinations auditives ou cénesthésiques, la perception du silence se trouve modifiée. Elle a donc demandé, lors d'une séance groupale, à six de ses patients atteints de schizophrénie, de répondre à son questionnaire sur les représentations du silence. A la question de définir ce que serait le silence si c'était un mot, il en ressort : mort, froid, éternité, cauchemar, nuit, tombeau, hôpital. Liées à une émotion, les réponses étaient la peur, la respiration, l'apaisement, l'isolement, et l'impression de tomber d'une falaise. Ils reliaient également le silence à des images comme la neige, l'horizon, une île, le pont des soupirs, le ciel. Et les expressions associées au silence étaient « tais-toi », « chut », « silence on tourne ». Du fait de leurs hallucinations, l'accès au silence peut être perturbé chez les personnes schizophrènes. Certains évoquent également les bruits du corps (respiration, battements cardiaques) qui viennent entraver leur rapport au silence. Des angoisses de mort et d'anéantissement viennent fréquemment désorganiser le sujet dans cette pathologie.

Il semble difficile d'analyser comment Noah s'approprie le silence, n'ayant peu accès à un langage élaboré. Mais comme nous l'avons vu précédemment, c'est un garçon présentant une agitation psychomotrice et aimant faire du bruit.

Le dernier Programme Éducatif Individualisé (P.E.I.) de Noah, rédigé par son éducatrice spécialisée, confirme ces observations. En effet, dans la section « Particularités comportementales », il est précisé que Noah est très sensible aux stimuli environnementaux et notamment qu'il semble avoir besoin d'une enveloppe sonore. Il est très réceptif aux contes musicaux et se montre très en demande pour qu'on lui en raconte un en particulier ; il aime chanter en même temps que l'histoire est contée. Il apprécie aussi reproduire à l'identique des sons et des morceaux de musique entendus. Il se montre également performant dans la production de bruitages. Concernant son agitation, elle est hétérogène car Noah a la capacité de s'occuper tout seul et de se concentrer un temps important quand il a une activité qui l'intéresse comme par exemple des jeux de construction (Kapas). En revanche, il présente des difficultés à rester assis sur sa chaise lors d'une activité éducative ou d'un atelier imposé.

A travers ces observations, nous pouvons émettre des hypothèses concernant ce que Noah nous donne à voir dans son rapport au silence.

Comme les patients atteints de schizophrénie évoqués plus haut, nous pouvons nous demander si Noah arrive à faire silence en lui, s'il est envahi par des bruits parasites dans son corps.

Dans la répétition de phrases ou de morceaux de musique entendus dans son environnement, Noah cherche peut-être une certaine contenance en se créant une enveloppe sonore. Ces stimulations sensorielles répétées lui confèrent alors une sécurité de base qui lui permet sans doute d'échapper à la sensation de vide, et de maintenir un sentiment continu d'exister.

Dans le dispositif du bain thérapeutique, nous avons vu que Noah a peu à peu intégré au cours des séances des temps de silence. Il l'a même volontairement provoqué par moments. Ces instants suspendus ont-ils pris sens pour lui ? Nous pouvons nous demander si l'eau a pu créer un environnement assez contenant pour que les temps d'arrêts soient assimilés comme des points de repères stables, des points d'appui qu'il pourra réinvestir par la suite. D'un silence vide, nous pourrions

tendre vers un silence de "sens(-ations)". Un temps de retour à soi où l'enfant se récupère physiquement et psychologiquement, pour retrouver ses propres perceptions internes, sans que cela se rapporte à un sentiment de vide.

5.4 Silence du thérapeute

Quel comble pour un psychomotricien d'aborder la question du silence lorsque notre spécificité réside dans notre implication corporelle par la mise en mouvement et les mobilisations. Pourtant, silence et mouvement ne sont pas des phénomènes contradictoires. « Silence » ne signifie pas forcément « immobilisme ». Le silence renvoie aussi à la dimension sensorielle qui est celle de l'absence de bruit, ce qui nous amène à nous pencher sur les notions de perception, d'écoute de soi et des autres, et d'aborder les qualités d'observation et de présence du psychomotricien.

Certes, nous avons construit au cours de nos études un savoir-faire, essentiel à la profession. Mais notre savoir-faire n'est rien sans notre savoir-être. En effet, la qualité première en tant que psychomotricien est d'être à l'écoute et donc d'être présent. Plutarque (cité dans Viquesnel, 2014) enseignait déjà sur l'importance de l'écoute : « *On dit que la nature, en nous donnant deux oreilles et une seule langue, voulut nous obliger à moins parler pour mieux entendre* » (B. Viquesnel, 2014, p.25). Mais être à l'écoute signifie apprendre au préalable à faire silence pour pouvoir être présent à soi et à l'autre.

« *Apprendre à accepter qu'il ne se passe rien tout en étant présente et attentive* » (I. Pascal, 2000, p.54), voilà une phrase qui fait écho dans ce que j'ai vécu avec Noah. Je me suis rendue compte que mon outil principal était ma capacité à être présente dans mon corps. Nul besoin d'être dans une hyperagitation qui risquerait de sur-stimuler le patient. Mais c'est ce qui arrive souvent lorsque nous sommes face à un enfant se trouvant dans une grande agitation, il peut vite nous y entraîner. C'est d'ailleurs ce qu'il s'est passé lors des premières séances avec Noah, je me sentais corporellement envahie par son agitation et l'envie de le suivre dans cette effervescence était grande. Il fallait que je trouve en moi le moyen de taire cette excitation qui me parasitait. J'avais besoin de prendre de la distance pour être

présente, disponible dans la relation et être en capacité d'observer ce qui se vivait en séance avec Noah.

C'est donc à nous, thérapeute, de faire silence en nous malgré cette agitation, ce qui nous demande d'accepter la part d'inconnu, de solitude, de prendre conscience de nos limites et d'admettre que nous ne sommes pas tout puissant dans la relation soignant-soigné.

Cette qualité de présence du psychomotricien est primordiale pour être à l'écoute de l'autre, comme l'exprime V. Defiolles-Peltier : « *La notion de capacité d'écoute de l'autre implique de pouvoir faire le silence en soi* » (V. Defiolles-Peltier, 2013, p.196). Et elle précise que c'est en consacrant toute notre attention à l'autre par une écoute pluri-sensorielle spécifique, par l'observation et notre ressenti du corps de l'autre, que nous sommes dans une disponibilité maximale.

Le psychologue R. Narfin ajoute que faire silence ce n'est pas uniquement se taire mais que cela relève d'un réel apprentissage : « *Écouter, c'est devenir témoin de la parole qui se déploie. Celle-ci a besoin d'une certaine qualité de silence pour oser se dire* » (R. Narfin, 2012, p.50).

Ce n'est pas une présence silencieuse vide de sens ; au contraire, c'est une présence qui offre un réel espace thérapeutique où le patient peut s'exprimer de manière authentique : « *C'est donc sur le fond de silence que la communication va pouvoir s'envisager* » (*ibid.*).

Mais pour que cette présence et écoute puissent s'établir, une mise à distance de la part du thérapeute semble judicieuse.

Thierry Janssen, ancien chirurgien à l'université de Bruxelles, aborde cette mise à distance essentielle. Après avoir abandonné sa carrière de médecin, il s'est reconverti pour devenir psychothérapeute spécialisé dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladies du corps. Dans un article du magazine *Méditations* (2020), tiré de son ouvrage *Écouter le silence à l'intérieur*, il propose la métaphore d'un train pour aborder la mise à distance, l'écoute.

Un train est composé d'une suite de wagons. Lorsque celui se déplace à toute vitesse, si nous le regardons au loin, nous apercevons un seul et même objet sans distinguer la composition des wagons ni l'espace se trouvant entre chacun. Mais dès le moment

où le train ralentit, nous commençons à constater que le train se compose d'une série de wagons car nous apercevons l'espace qui existe entre eux. Une fois le train arrêté, nous découvrons que ces espaces sont de même nature que l'espace dans lequel se trouve le train dans son ensemble. Dans cette métaphore, le mental est symbolisé par le train et les sensations, émotions et pensées sont symbolisées par les wagons. L'espace entre les wagons et qui contient tout le train représente le silence durable et permanent. Ainsi, quand notre mental semble agité, nous n'entendons plus qu'un seul bruit continu et diffus. Mais dès lors que nous apaisons notre mental, nous arrivons à identifier chaque émotion, chaque sensation distinctement, et nous arrivons alors à explorer l'espace qui les entoure et qui n'est autre que le silence.

Le psychiatre F. Basaglia (2007) évoque cet intervalle où le silence a toute sa place : « *Le silence est une pause où l'homme reprend haleine pour s'emparer de lui-même et de son monde.* » (F. Basaglia, 2007, p.685)

Cette mise à distance, donc, s'avère tout d'abord essentielle pour le thérapeute lui-même dans l'élaboration de sa propre réflexion. Cela lui permet d'identifier ses affects, de retrouver ses sensations internes. Et de cette disponibilité naît un intervalle qui fait place à la rencontre.

R. Narfin (2012) aborde justement le silence d'un point de vue plus large qu'au simple emploi que nous en faisons. Il le définit comme un « *intervalle de réflexion entre l'émetteur et le récepteur* », comme « *le prolongement de la parole, voire le langage avant le langage. Il nous relie au présent et nous unit aux autres.* » (R. Narfin, 2012, p.50). C'est donc une forme d'engagement et d'échange, témoin d'un souci de l'autre.

La voix du psychomotricien peut aussi amener le patient agité et bruyant vers un apaisement en diminuant son timbre de voix. Le regard que l'on pose sur le patient est également important car cela lui permet de se sentir exister, comme R. Sabourin l'évoque (cité dans Defiolles-Peltier, 2010) : « *c'est le regard qui permet au soignant de voir et au soigné d'exister parce qu'il se sent regardé et vu.* » (V. Defiolles-Peltier, 2010, p.246).

C'est ce que nous avons expérimenté avec Alice et Noah dans le dispositif rythmique à travers les percussions corporelles. Lorsque nous arrêtons de frapper dans nos

mains, nous accompagnons Noah vers le silence en chuchotant ensemble d'une seule et même voix : « chut, pas de bruit ! », tout en dirigeant notre regard vers lui. Noah laisse de côté quelques instants son agitation au profit d'un retour au calme. Pendant ce moment de silence, nous soutenons ce temps par un étayage verbal et corporel, permettant à Noah de prendre conscience de ses sensations. Nous l'invitons à prendre une grande inspiration, il nous imite en levant ses épaules puis en les abaissant.

Ces explorations sensori-motrices, rythmées par des temps de silence et de soutien verbal, vont lui permettre de conserver des traces sensorielles qui viendront nourrir et étayer son vécu corporel. Ainsi, le patient pourra retrouver un sentiment continu d'existence. Cette continuité se situe dans ses propres perceptions, à travers sa respiration, ses sensations, etc. Tout le travail du thérapeute est de favoriser les liens entre silence et parole, entre présence et absence.

5.5 Silence dans le dispositif thérapeutique en psychomotricité

Nous avons vu que ce sentiment continu d'exister est primordial dans le processus d'individuation du sujet. Lorsque ce système est défaillant, le psychomotricien va alors accompagner le patient en assurant une continuité. Pour cela, comme nous l'avons montré ci-dessus, le psychomotricien doit être en capacité de faire silence et se mettre à distance du patient afin de se rendre disponible pour lui.

F. Giromini (cité dans Ducreux, 2019), évoque la capacité du psychomotricien de soutenir le patient dans sa continuité d'existence grâce à sa présence, son écoute, sa disponibilité tonique, sensorielle et posturale, en lien avec les ressentis corporels du patient.

C'est Sigmund Freud (cité dans Le Breton, 1997) qui est l'un des premiers à découvrir les vertus du silence dans la relation soigné-soignant. David Le Breton (1997) relate cette découverte. Au cours d'une séance de psychanalyse, Emmy Von M. évoque des douleurs gastriques ; Freud réplique en interprétant l'origine du problème. La jeune patiente, agacée, lui demande de se taire et de l'écouter, le priant de la laisser raconter jusqu'au bout ce qu'elle a à dire. Freud prend acte de cette légitime demande et s'exécute. Il prend alors conscience que son silence

permet à la jeune femme de s'exprimer plus librement. Il lui faudra encore un peu de temps pour que l'écoute fasse partie intégrante de ses séances. C'est après une opération de sa mâchoire, le gênant pour parler et l'obligeant à se mettre en retrait face aux patients, qu'il se rend davantage disponible à écouter et intègre le silence du psychanalyste dans sa pratique analytique. Plus tard, présentant des difficultés à entendre, Freud comprend en même temps que ses patients qu'il n'est pas nécessaire d'alimenter constamment leurs propos par la parole. D. Le Breton ajoute que « *le silence de l'analyste n'est ni un mutisme ni un vide, un rien de parole ou de sens, car sa présence n'en contient pas moins les significations que le patient lui prête.* » (D. Le Breton, 1997, p.129)

Que ce soit en psychanalyse, en psychothérapie, ou bien en psychomotricité, le silence est un élément fondamental dans la relation de soin.

Laisser la place à l'autre, tel est l'objectif principal pour que le silence puisse faire sens dans la relation de soin en psychomotricité. Il est en fait question de l'espace transitionnel de D.W. Winnicott, c'est-à-dire la naissance d'un espace de création, où ce qui compte n'est pas l'acte en lui-même mais ce qui devient « *un entre-deux vivant de la rencontre* » (I. Pascal, 2000, p.51). En effet, le psychomotricien doit pouvoir dépasser le stade de l'agir, du faire, de l'immédiat afin de proposer un espace de « jeu » à travers la rencontre.

Comme le peintre, le psychomotricien « *aurait alors à travailler sur un double registre, celui de l'acte, de la touche immédiate qui donnera corps, densité, luminosité au tableau, et celui du recul, de la distance nécessaire pour avoir une représentation globale de ce qui se construit* » (I. Pascal, 2000, p.62).

Et cette distance passe par l'accueil des silences du patient. Le psychomotricien va s'unir à eux, qu'ils soient synonymes de rupture ou de rêverie, afin de partager ces silences, de les vivre ensemble, pour accompagner le sujet dans ce temps de présence à soi. Le silence du psychomotricien devient alors un silence accompagnant, soutenant. A. Planchin (2017) affirme d'ailleurs que le patient peut s'appuyer sur le silence de l'autre comme un guide pour entrer dans son propre silence.

Le psychomotricien va agir afin de transformer les silences du sujet en silence plein et contenant, chargé de sensations et d'émotions. Par un étayage verbal et corporel,

il vient soutenir ces temps possiblement angoissants. Le silence du patient devient alors un silence de sensations.

Avec Noah, par l'apport du rythme à travers l'expérience des percussions corporelles, nous sommes venues donner du sens à ces temps de suspensions, de respirations, de sensations. Nous avons partagé ces silences ensemble, nous les avons vécus corporellement, pour faire en sorte que par la suite ces temps soient intégrés et puissent consolider la structuration psychocorporelle du patient. C'est cette alternance entre temps de silence et temps de mouvements/sons qui ont permis à Noah de trouver un rythme qui le structure et le maintient dans le jeu des rythmes de la vie.

C'est aussi à travers le plaisir du jeu partagé que nous nous sommes rendues compte que le silence était structurant pour Noah. De ces temps suspendus ont pu émerger un temps de présence qui vient nourrir la construction d'une identité psychocorporelle naissante, permettant à l'enfant de devenir acteur de sa propre histoire.

CONCLUSION

« *La modernité est l'avènement du bruit* » (D. Le Breton, 1997, p.14). Cette phrase de David Le Breton est encore plus d'actualité aujourd'hui ; la multitude des médias, des réseaux sociaux, des smartphones et autres outils technologiques nous plonge dans un monde d'hyperconnexion, d'hypercommunication, et forme un bruissement permanent et régulier. Malgré cette prolifération de la parole, Philippe Breton (1997) pointe le paradoxe d'une « *société fortement communicante et faiblement rencontrante* » (D. Le Breton, 1997, p.15). Or, la parole sans présence n'est plus une parole incarnée. Aussi me suis-je interrogée sur la place donnée au silence actuellement dans ce flux ininterrompu de bruit, car le silence ne s'oppose pas à la parole mais il se conjugue avec elle : « *Parole et silence s'entr'appartiennent : la parole est empreinte du silence, comme le silence de la parole.* » (M. Picard, 2019, p.22) Que se passe-t-il donc quand nous prenons le temps de nous arrêter un instant pour découvrir les vertus du silence ?

Dans mon vécu personnel et professionnel, je m'interroge alors sur la place que j'accorde au silence et la façon dont je le perçois. Avant ma formation en psychomotricité, mon rapport au silence était tout autre. Les études de sage-femme ne laissaient que peu de place aux temps de présence et de silence. Dans ces « professions de l'urgence » où la vie des patients est en jeu, l'obligation d'être dans une constante anticipation est évidente. Je ne m'autorisais donc pas à introduire un espace de respiration. Le silence était même devenu pour moi synonyme de danger.

C'est après ma reconversion professionnelle, à mon entrée en psychomotricité, que je me suis aperçue qu'il manquait quelque chose à ma formation de sage-femme pour être davantage en lien avec les patients que je croisais. Et ce lien en question ne pouvait se faire qu'en prenant le temps de la rencontre. Je suis passée d'une profession « d'urgence des soins » à une profession « d'urgence de prendre le temps ». Ma formation actuelle m'a permis de souffler, d'être à l'écoute de mes propres sensations et d'apprendre à cueillir les fleurs de l'instant présent.

Mon expérience clinique au cours des stages m'a appris à faire silence et de développer des qualités d'écoute, d'observations, d'attention à l'autre, afin

d'instaurer un vrai lien dans la rencontre. J'ai tenté de transformer les silences de solitude et d'isolement en « silence relationnel » pour ainsi construire une relation de soin partagée.

Cette expérience en bain thérapeutique avec Noah a été très formatrice dans ma construction professionnelle. J'ai appris à penser le travail du psychomotricien dans une autre dynamique que celle de l'agir : celle d'une présence active, permettant à l'autre de trouver une place qu'il puisse habiter et se sentir exister. En lui offrant la possibilité d'entrer dans cet espace, le patient peut retrouver des sensations ; nous pouvons alors parler de « silence sensoriel ». À travers ses silences, le patient nous transmet quelque chose qui est chargé de sens, et qui ouvre vers une autre forme de silence, celle d'un « silence communiquant ». Noah, malgré son atteinte autistique et le manque de langage verbal, nous donne des clés de compréhension à travers ses comportements, ses mouvements et ses réactions. « *L'autiste est un "muet" parmi nous, mais ses comportements et les mouvements de son visage ou de son corps font sens* » (P. Breton, D. Le Breton, 2009, p.65). Le rôle du psychomotricien est alors d'accompagner le patient afin de mettre du sens dans ses silences pour transformer les silences qui pèsent en silences de paix.

Mais cela n'a pas toujours été simple avec Noah. Quand il se trouvait dans une grande agitation, il pouvait parfois m'être difficile de trouver la bonne posture et le bon moment pour introduire des temps de silence. La disponibilité psychocorporelle du patient et du thérapeute limite parfois les interactions et peut empêcher la pleine présence et acceptation des temps de silence.

Il aurait pu être intéressant d'observer Noah dans un autre dispositif que celui du bain thérapeutique. Je ne peux m'empêcher de me demander comment il accepterait et intégrerait les moments de silence si nous proposons par exemple une séance d'enveloppement sec en alternance avec des temps de percussions corporelles et des temps de silence soutenus par un étayage verbal et corporel ?

D'autres médiations thérapeutiques comme la relaxation, le yoga, le Tai Chi Chuan ou encore la danse peuvent être des approches permettant d'aborder le silence, par une transformation de l'écoute de soi. Le silence favorise alors la détente psychique et corporelle.

BIBLIOGRAPHIE

- Basaglia, F. (2007). Corps, regard et silence. L'énigme de la subjectivité en psychiatrie (1965). *Évolution psychiatrique* (72), pp. 681-690. Consulté le 05/01/2021 sur <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/68069/resultatrecherche/2>
- Breton, P. (2003). *Éloge de la parole*. La Découverte.
- Breton, P., & Le Breton, D. (2009). *Le silence et la parole : Contre les excès de la communication*. Éres, Arcanes.
- Debard, C. (2018). *Nous sommes, je serai, La thérapie psychomotrice comme soutien d'appropriation d'une contenance*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricité, Université Médecine Sorbonne.
- Defiolles-Peltier, V. (2010). Chapitre 5, Partie II. Apports thérapeutiques de cette étude. In *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* (pp. 243-270). Vernazobres-Gregio.
- Defiolles-Peltier, V. (2013). Silence, schizophrénie et thérapie psychomotrice. *Thérapie Psychomotrice et recherches* (174), pp.194-199.
- Doucet, A. (1989). Au fil de l'eau. *Thérapie Psychomotrice* (81), pp. 3-7.
- Ducreux, O. (2019). *Silence en séance, L'écoute du corps dans la structuration psychocorporelle*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricité, Université Médecine Sorbonne.
- Galliano, A.-C., Pavot, C., Potel, C. (2015). L'espace et le temps. In Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts fondamentaux* (pp. 247-285). De Boeck-Solal.
- Grenier, E. (2009). Les troubles psychomoteurs dans l'autisme. *Lettre d'Autisme France* (41), pp.10-14.
- Guelfi, J., Crocq, M., Boyer, P., Pull, C., Pull-Erpelding, M.-C. (2013). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson.

- Haute Autorité de Santé (2018). *Trouble du spectre de l'autisme, des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires*. Consulté le 19/04/2021 sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-_des_signes_dalerte_a_la_consultation_dediee_en_soins_primaires_1er_ligne_-_synthese.pdf
- Janssen, T. (2020, janvier). À la rencontre de Thierry Janssen pour écouter le silence. *Méditation*, 25.
- Joly, F. (1993). Le paradigme du jouer dans les thérapies à médiations. *Thérapie Psychomotrice et recherches* (98), pp.42-63.
- Le Breton, D. (1997). *Du silence : Essai*. Métailié.
- Leroux, M. (2016). Le silence de la vulnérabilité en institution gériatrique. *Ambiances*, pp. 1-17. <https://doi.org/10.4000/ambiances.696>
- Meurin, B. (2018). *Approche sensori-motrice selon André Bullinger*. Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié-Salpêtrière.
- Meurin, B. (2019). Chapitre 15. Les troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) et l'approche du psychomotricien. In Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A, *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (pp. 165-177). Dunod
- Narfin, R. (2012). Les vertus des silences dans la relation de soins. *La revue de l'infirmière*, 61 (177), pp. 49-50. Consulté le 19/04/2021 sur <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/showarticlefile/684733/index.pdf>
- Pascal, I. (2000). De l'immédiat à la médiation : la psychomotricité, clinique du passage. *Thérapie Psychomotrice et recherches* (122), pp. 50-63.
- Pavot-Lemoine C. (2018, octobre). *Tonus et fonction tonique*. Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié-Salpêtrière
- Pavot-Lemoine C. (2018, décembre). *L'axe corporel*. Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié-Salpêtrière.

- Pavot-Lemoine C. (2020, mars). *Fonctions de la perception et des représentations du corps*.
Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié-Salpêtrière.
- Picard, M. (2019). *Le monde du silence*. La Baconnière.
- Pijulet A. (2021). *Option rythme & percussions*. Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié-Salpêtrière.
- Planchin, A. (2017). *La place et le rôle du silence dans la relation patient-psychologue en Unité de Soins Palliatifs*. Diplôme Universitaire Accompagnement et fin de vie, Université Médecine Sorbonne.
- Potel, C. (2009). *Le corps et l'eau*. Ères.
- Potel, C. (2013). Les yeux de Camille. *Thérapie Psychomotrice et recherches* (174), pp.162-169.
- Potel, C. (2015). *Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir*. Ères.
- Potel, C. (2020). *Vivre l'eau*. Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié-Salpêtrière.
- Réveillé, C., Paquet, A., Le Menn-Tripiti, C., Laranjeira-Heslot, C., Perrin, J. (2018). Sémiologie psychomotrice de Trouble du spectre de l'autisme (TSA). In Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 515-545). De Boeck-Solal.
- Richard, C., & Kramer, U. (2013). Le silence comme outil thérapeutique dans la dépression : élaboration théorique basée sur une étude de cas. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (23), pp. 171-180. Consulté le 13/03/2021 sur <https://www.sciencedirect-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/science/article/pii/S1155170413000888>
- Roussillon, R. (2001). L'objet « médium malléable » et la conscience de soi. *L'autre* (2), pp. 241-254. Consulté le 31/03/2021 sur <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2001-2-page-241.htm>

- Schuhl, C. (2008). Silence. *Métiers de la petite enfance*, 14 (143), 11. Consulter le 04/04/2021 sur <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/showarticlefile/186090/index.pdf>
- Vachez-Gatecel, A. (1989). Eau !... Apprivoise-moi !. *Thérapie Psychomotrice* (81), pp.17-26.
- Vachez-Gatecel, A. (2016). L'imaginaire comme enjeu thérapeutique. In *L'enfant et l'imaginaire : jouer, créer, rêver* (pp. 126-129). Dunod.
- Viquesnel, B. (2014). Autour du silence. *Métiers de la petite enfance*, 20 (210), pp.25-26. Consulté le 12/03/2021 sur <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/showarticlefile/898928/main.pdf>
- Winnicott, D.W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Payot.

Résumé

A travers une expérience en bain thérapeutique avec un enfant présentant un Trouble du Spectre Autistique, j'ai voulu aborder la question du silence comme possible support dans le dispositif thérapeutique en psychomotricité. Comment d'un silence qui pèse peut émerger un silence de paix ? En quoi le silence peut représenter un véritable médiateur thérapeutique ? Comment le psychomotricien contribue-t-il à nourrir et mettre en sens les silences du patient ? En quoi le silence peut-il ouvrir un nouveau champ d'action pour le psychomotricien qui serait celui de la présence ? Basé sur l'expérience de Noah, ce mémoire tend à rendre compte de l'importance de l'apport du silence en thérapie psychomotrice.

Mots clés : Silence - Bain thérapeutique - Autisme - Présence - Support

Summary

Through a therapeutic bath experience with a child presenting an Autism Spectrum Disorder, I wanted to tackle the question of silence as a possible tool in the therapeutic panel of psychomotricity. How can a peaceful silence emerge from an awkward one? How can silence become a real therapeutical medium? How can the psychomotor therapist contribute to nourish and give meaning to the patient's silences? How can silence bring to the psychomotor therapist a new possibility of intervention: that of presence? Based on Noah's experience, this essay shows what silence can bring to psychomotor therapy.

Key words: Silence - Therapeutic bath - Autism - Presence - Tool