



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale  
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1**

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Jacques LUAUTÉ

**Courir ensemble vers l'apaisement :**

**La place des routines de décharge motrice dans la régulation de  
l'agitation**

**Mémoire présenté pour l'obtention**

**du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**Par : Médrick BERNAL**

Mai 2025 (Session 1)

N°1881

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

**UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1**

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Jacques LUAUTÉ

**Courir ensemble vers l'apaisement :**

**La place des routines de décharge motrice dans la régulation de  
l'agitation**

**Mémoire présenté pour l'obtention**

**du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**Par : Médrick BERNAL**

Mai 2025 (Session 1)

N°1881

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

# Université Claude Bernard Lyon 1

Président

**Pr. Bruno LINA**

Directeur Général des Services

**M. Pierre ROLLAND**

## Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Doyen **Pr. Gilles RODE**

U.F.R. d'Odontologie

Directeur **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –  
Lyon Sud Charles Mérieux

Doyen **Pr. Philippe PAPAREL**

Institut des Sciences Pharmaceutiques  
et Biologiques

Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Comité de Coordination des études  
médicales (CCEM)

Président **Pr. Philippe PAPAREL**

Institut des Sciences et Techniques de la  
Réadaptation (ISTR)

Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

## Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences

Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

Directrice **Mme Saida BOUAKAZ  
BRONDEL**

UFR Faculté des sciences

Directrice **Mr Olivier DEZELLUS**

Département Mécanique

Directeur **Mr Marc BUFFAT**

Département de Génie électrique et des  
procédés

Directrice **Mme Sophie CAVASSILA**

POLYTECH LYON

Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

Département Informatique

U.F.R. de Sciences et Techniques des  
Activités Physiques et Sportives  
(S.T.A.P.S.)

Directeur **Mr Guillaume BODET**

Institut Universitaire de Technologie Lyon  
1 (IUT)

Directeur **Mr Michel MASSENZIO**

Institut des Sciences Financières et  
d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur **Mr Christian ROBERT**

Observatoire de Lyon

Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

Institut National Supérieur du  
Professorat et de l'éducation (INSPé)

Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

# **INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA** **RÉADAPTATION**

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

## **DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ**

Directrice du département

**Mme Tiphaine VONSENSEY**

*Psychomotricienne, cadre de santé*

Gestionnaire de scolarité

**Mme Léonore GALANTE**

Coordinateurs pédagogiques

**M. Bastien MORIN**

*Psychomotricien*

**M. Raphaël VONSENSEY**

*Psychomotricien*

**Mme Aurore JUILLARD**

*Psychomotricienne*

Coordinatrices des stages

**Mme Marion MOUNIB**

*Psychomotricienne*

**Mme Charlène DUNOD**

*Psychomotricienne*

Coordinatrice Recherche

**Mme Jeanne-Laure EECKHOUT**

*Psychomotricienne*

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement ma maitre de mémoire, Mme Bel, pour son écoute attentive, sa disponibilité et la qualité de ses relectures. Son accompagnement et ses conseils éclairés ont été d'un grand soutien tout au long de ce travail.

Un remerciement à ma maitre de stage, Céline, pour son accompagnement tout au long de l'année, merci de m'avoir fait confiance et d'avoir fait en sorte que ce travail puisse voir le jour. Son accompagnement a compté pour beaucoup dans mon évolution personnelle et professionnelle.

Merci à Mathilde pour son écoute, sa positivité et tous les précieux conseils qu'elle m'a transmis depuis mon stage de deuxième année, et tout au long de mon parcours en troisième année.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique, les enseignants ainsi que tous les professionnels que j'ai eu la chance de rencontrer durant mon parcours. Leurs apports, leurs partages d'expérience ont été porteurs de sens pour moi.

Merci à mes amis de la promotion pour ces trois années partagées ensemble. Les rires, les échanges et le lien fort que nous avons tissé ont été d'un soutien précieux tout au long de cette formation.

Je remercie également l'ensemble de ma famille et de mes proches pour leur soutien constant tout au long de mon parcours et de cette réorientation. Merci à mes deux petits frères pour leur joie de vivre au quotidien, à mes parents pour leur soutien inconditionnel, présent depuis toujours. Un remerciement tout particulier à Annabelle pour sa présence attentive et ses relectures précieuses tout au long de ce travail.

Enfin, je réserve une place spéciale de mes remerciements à Océane, ma compagne. Elle a été à mes côtés à chaque étape de ce parcours, même dans ses moments les plus chaotiques et éprouvants. Son soutien indéfectible, sa patience et sa présence ont été mon plus précieux repère lorsque je me sentais submergé. Rien de tout cela n'aurait été possible sans elle.

## Table des matières

INTRODUCTION .....	1
PARTIE CLINIQUE.....	3
1. LE CADRE DE L'INTERVENTION .....	3
1.1 Présentation de la structure de stage.....	3
1.2 L'équipe pluridisciplinaire .....	3
1.3 Le rôle du psychomotricien au sein de l'IMEP.....	4
2. HISTOIRE ET PORTRAIT CLINIQUE DE HUGO .....	4
2.1 Histoire personnelle et parcours institutionnel .....	4
2.2 Du comportement à la communication .....	5
2.3 Le précédent bilan psychomoteur .....	6
2.4 Un profil sensoriel particulier .....	6
2.5 Observations psychomotrices de Hugo .....	7
3. LE PROJET PERSONNALISE DE HUGO ET LA CONTENTION DE L'AGITATION .....	8
3.1 Le projet psychomoteur .....	8
3.2 Le projet institutionnel.....	9
3.3 Les adaptations en place pour contenir l'agitation de Hugo .....	9
4 LE SUIVI PSYCHOMOTEUR ET L'ACCOMPAGNEMENT DE HUGO .....	11
4.1 La rencontre avec Hugo .....	11
4.2 Les moments marquants du suivi .....	12
4.3 Vers une évolution des comportements.....	13



PARTIE THÉORIQUE .....	17
1. LE PLURIHANDICAP .....	17
1.1 La déficience motrice .....	18
1.2 La déficience intellectuelle .....	18
1.2.1 Définition et classification de la déficience intellectuelle .....	19
1.2.2 Les spécificités de la déficience intellectuelle profonde .....	20
1.2.3 Se développer avec une déficience intellectuelle .....	20
1.3 Comprendre l'intégration sensorielle et ses altérations .....	23
1.3.1 L'intégration sensorielle : donner du sens au monde qui nous entoure.....	23
1.3.2 Le trouble de l'intégration sensorielle .....	24
2. L'AGITATION PSYCHOMOTRICE ET SES MECANISMES .....	26
2.1 Définitions et classifications actuelles : Le DSM-V et la CIM-11 .....	26
2.2 Quand l'agitation déborde : Du mouvement à la pathologie .....	27
2.3 Les fonctions de l'agitation.....	28
3. LES ROUTINES DE DECHARGE MOTRICE.....	30
3.1 Les routines de décharge motrice comme outils de régulation psychocorporelle.....	30
3.2 Le continuum hypertonie/hypotonie et l'importance de l'équilibre tonico-émotionnel dans la décharge motrice.....	32
PARTIE DISCUSSION.....	34
1. LA COURSE A PIED : UNE MEDIATION PORTEUSE EN PSYCHOMOTRICITE .....	34
1.1 Dans un premier temps, pourquoi la course à pied ?.....	34
1.2 Les notions psychomotrices mobilisées par la course à pied .....	35

1.2.1	La motricité globale.....	35
1.2.2	Le tonus et la régulation tonique.....	36
1.2.3	Le rythme .....	37
1.2.4	L'intégration sensorielle .....	38
1.3	Les effets spécifiques de la course à pied sur la santé mentale .....	40
2.	LE CADRE, LES LIMITES, LA ROUTINE.....	41
2.1	La nécessité de structurer l'accompagnement de Hugo: Le cadre.....	41
2.2	Le cadre comme outil de structuration interne .....	42
3	LE LIEN ET LA RELATION THERAPEUTIQUE: COURIR ENSEMBLE VERS L'APAISEMENT .	45
3.1	Tisser le lien au rythme de l'autre : alliance et co-régulation avec Hugo .....	45
3.2	Le dialogue tonico-émotionnel quand la communication fait défaut .....	46
3.3	Renforcer le pouvoir d'agir : l'agentivité au cœur du lien thérapeutique .....	48
3.4	Soutenir le relâchement pour entrer en interaction .....	49
	CONCLUSION .....	50
	BIBLIOGRAPHIE .....	
	TABLE DES ANNEXES .....	59

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

Animé par le désir de découvrir le secteur médico-social, j'ai entamé mon stage au sein d'un Institut Médico-Éducatif spécialisé dans l'accompagnement de personnes en situation de polyhandicap (IMEP), sans toutefois avoir encore une connaissance précise de cette population. Les premiers contacts ont été marquants : j'ai d'abord été déconcerté par la diversité des corps et des comportements auxquels j'étais confronté. Certains corps étaient contraints, d'autres semblaient tordus ou encore contenus en permanence, tandis que d'autres encore étaient en mouvement continu, échappant à toute immobilité. Petit à petit, au fil des semaines, j'ai appris à décoder ces expressions corporelles et à comprendre les fonctionnements singuliers qui les sous-tendent. Cette immersion m'a plongé dans un univers à la fois psychique et sensoriel d'une grande richesse, éveillant en moi de nombreuses interrogations. Comment, en tant que psychomotricien, parvenir à entrer en lien avec ces adolescents lorsque les déficiences et plus précisément la déficience intellectuelle occupe une place si prégnante dans leur vie et rend la communication si difficile ? Par ailleurs, je me suis aussi interrogé sur la manière dont l'institution elle-même parvient à organiser ses accompagnements face à une telle diversité de cas cliniques, chacun nécessitant des ajustements spécifiques.

J'ai ainsi découvert non seulement cette population, mais aussi la notion complexe et encore débattue de plurihandicap. Mon stage m'a permis d'appréhender la distinction entre polyhandicap et plurihandicap, l'établissement accueillant à la fois des enfants en situation de polyhandicap et des adultes en situation de plurihandicap. Cette expérience m'a offert l'opportunité d'observer ces réalités de terrain et d'approcher la complexité des prises en charge qui en découlent.

C'est dans ce contexte que j'ai rencontré Hugo, un jeune homme de 22 ans en situation de plurihandicap, suite à une anomalie génétique congénitale extrêmement rare. Hugo présente une problématique majeure : une agitation psychomotrice permanente, qui met l'équipe pluridisciplinaire en grande difficulté au quotidien. L'intensité de ses besoins moteurs, associée à ses particularités sensorielles et à sa déficience intellectuelle, complexifient considérablement son accompagnement. Face à cette situation problématique, l'équipe s'est tournée vers ma maître de stage, cherchant des pistes pour canaliser ce besoin irrépressible de mouvement. Lors d'une discussion informelle, j'ai

lancé, sur le ton de la plaisanterie et avec une certaine naïveté, qu'il suffirait peut-être de le faire courir pour l'épuiser un peu. Cette remarque spontanée, bien qu'impertinente, a pourtant semé une graine : et si la course, pensée non pas comme simple défoulement mais comme médiation, pouvait offrir un espace d'expression adapté aux besoins profonds de Hugo ? C'est ainsi qu'est née l'idée d'intégrer cette pratique dans mon accompagnement psychomoteur, en cherchant à lui donner une place plus réfléchie et structurée.

Progressivement, j'ai mis en place avec lui des séances régulières qui ont pris la forme de véritables routines de décharge motrice. Ces temps spécifiques ont rapidement montré une place essentielle dans son accompagnement, offrant à Hugo un espace où son besoin de mouvement pouvait trouver un exutoire sécurisé et encadré. Cette expérience a suscité en moi une question centrale : **comment ces routines de décharge motrice peuvent-elles contribuer à réguler et prévenir les épisodes d'agitation chez un adulte en situation de plurihandicap ?** C'est à partir de cette problématique que s'est construit le présent mémoire, dans le but d'interroger les effets psychocorporels de la course à pied, pensée ici comme une médiation psychomotrice à part entière, adaptée aux besoins singuliers d'une personne en situation de plurihandicap.

Afin de répondre à cette problématique, ce mémoire s'articule selon trois grands axes. La première partie est consacrée à la présentation du cas clinique de Hugo : j'y retracerai son parcours, ses particularités, ainsi que les modalités de l'accompagnement mis en place, illustré par des extraits des différentes séances que j'ai pu mener avec lui. Dans un second temps, j'apporterai un étayage théorique visant à éclairer les concepts essentiels qui traversent cette prise en charge, en particulier les notions de plurihandicap, d'agitation psychomotrice et de routine de décharge motrice. Enfin, la dernière partie développera des éléments théorico-cliniques susceptibles d'approfondir l'analyse de cette expérience et d'élaborer des pistes de réponse à ma problématique.

# **PARTIE CLINIQUE**

## **PARTIE CLINIQUE**

### **1. Le cadre de l'intervention**

#### **1.1 Présentation de la structure de stage**

J'ai réalisé mon stage au sein d'un institut Médico-Éducatif spécialisé en polyhandicap (IMEP), c'est une structure qui accueille des jeunes âgés de 6 à 20 ans en situation de poly- ou plurihandicap. Cet établissement propose différents modes d'accueil : accueil de jour, en internat de semaine ou en semi-internat. En pratique, en raison du nombre restreint de places disponibles dans les structures pour adultes, certains jeunes continuent à être suivis au sein de l'IMEP après l'âge de 20 ans. L'IMEP a pour mission d'assurer un accompagnement global des jeunes tout au long de leur parcours. C'est-à-dire dans les apprentissages de la vie quotidienne, avec un suivi thérapeutique personnalisé et un soutien dans leur inclusion progressive vers le milieu adulte. Pour ce faire, l'établissement propose une large variété d'activités : scolaires, sociales, artistiques et sportives.

#### **1.2 L'équipe pluridisciplinaire**

L'équipe de l'IMEP se compose de différents professionnels afin de proposer une prise en charge adaptée aux jeunes, de jour comme de nuit. Les soins médicaux sont assurés par un médecin et des infirmières. Deux éducateurs spécialisés et des aides-soignantes proposent des activités à visée éducative aux jeunes et réalisent les soins de la vie quotidienne.

Durant la journée, une psychomotricienne, deux kinésithérapeutes libéraux intervenant à mi-temps, une ergothérapeute ainsi qu'une neuropsychologue sont présents dans la structure et proposent des prises en charge individuelles et groupales aux différents jeunes. La prise en charge pluridisciplinaire vise à créer des conditions optimales d'apprentissage et de développement, en tenant compte des besoins spécifiques des jeunes, qu'ils soient d'ordre sensoriel, moteur ou émotionnel. Chaque acteur joue un rôle clé dans la synergie de l'équipe de l'IMEP, en favorisant une compréhension partagée des défis rencontrés par les jeunes, et en orientant les interventions vers des pratiques inclusives tenant compte de leur singularité.

### **1.3 Le rôle du psychomotricien au sein de l'IMEP**

Dans cette structure, le psychomotricien intervient de plusieurs manières : En proposant des suivis individuels, en organisant et animant des séances de groupe, en participant aux différents moments clés de la journée tels que les repas, en accompagnant les jeunes lors des sorties et projets éducatifs. Dans le cadre de ses fonctions, le psychomotricien réalise également des bilans approfondis. Le bilan psychomoteur est en effet un outil indispensable pour établir un diagnostic psychomoteur. Ces bilans permettent une meilleure compréhension des spécificités des jeunes et s'inscrivent dans une démarche d'analyse des compétences psychomotrices. Cela permet au psychomotricien de l'IMEP de dresser à la fois un portrait clinique des capacités fonctionnelles des jeunes, mais aussi de mettre en lumière les spécificités sensorielles qui sont particulièrement présentes chez les jeunes de l'IMEP. Une des missions du psychomotricien est donc d'objectiver, à travers des outils d'évaluation adaptés tels que des tests standardisés, des observations cliniques et des entretiens avec les familles et les équipes éducatives, ce qui peut mettre en difficulté les jeunes. Ceci, afin d'aider l'équipe pluridisciplinaire à adapter les environnements et les activités. L'objectivation des difficultés rencontrées par les jeunes constitue non seulement une étape cruciale pour le psychomotricien, mais également un apport essentiel pour l'équipe pluridisciplinaire qui gravite autour de chaque jeune.

## **2. Histoire et portrait clinique de Hugo**

### **2.1 Histoire personnelle et parcours institutionnel**

Hugo est un jeune homme qui a fêté ses 22 ans en novembre. Il est suivi à l'IMEP depuis 2017, donc depuis ses 15 ans, après avoir été pris en charge dans un Institut Médico-Éducatif et un centre médico-psychologique. Les raisons précises de son transfert à l'IMEP ne sont pas documentées. Les éléments suivants ont été trouvés dans le dossier du patient à l'IMEP. Au niveau médical, il présente une déficience intellectuelle profonde dont je n'ai pas les chiffres exacts, des troubles du comportement à type d'agitation, ainsi qu'une cardiopathie dans un contexte de triplication partielle du chromosome deux.

Aujourd'hui, Hugo est un jeune homme grand et mince, avec un strabisme divergent à l'œil droit. Il est interne à l'IMEP trois jours par semaine (lundi, mardi et jeudi), dort le



mercredi soir chez sa mère et passe les weekends en garde alternée chez ses parents. À l'IMEP, il bénéficie d'un suivi en psychomotricité et participe à diverses activités, notamment groupales, temps d'histoire ou d'activité physique adaptée.

La grossesse est marquée par la survenue de plusieurs pyélonéphrites aiguës nécessitant des traitements par antibiotiques ainsi que par un tabagisme maternel arrêté en début de grossesse. L'accouchement a eu lieu par césarienne à 37 SA en raison d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. À la naissance, Hugo pesait 1,6 kg, mesurait 41 cm, et avait un périmètre crânien de 30,3 cm, indiquant un retard de croissance intra-utérin. Il a donc été hospitalisé un mois en néonatalogie.

Les acquisitions motrices ont été retardées : tenue de la tête à 6 mois, station assise à 12 mois, et la marche à 30 mois. Dès ses premières années de vie Hugo présente des crises d'épilepsie pour lesquelles il reçoit un traitement préventif. La dernière crise remonte à 2015. Une IRM cérébrale réalisée en 2005 met en évidence une atrophie cérébrale diffuse. Au niveau postural, tout son membre inférieur gauche est en rotation externe et il existe une déformation du pied gauche en valgus, pour laquelle il porte des chaussures orthopédiques.

## **2.2 Du comportement à la communication**

Hugo présente un fort caractère souvent marqué par des comportements d'opposition qu'il exprime par des actions telles que se mordre, frapper des mains et des pieds, émettre des cris ou encore agripper les autres jeunes. Malgré cela, il démontre une bonne capacité de compréhension lorsqu'on lui exprime des consignes courtes et claires. Cependant, un temps de latence pouvant aller jusqu'à 20 secondes peut être observé si l'environnement est très stimulant. Un bilan neuropsychologique réalisé dans son enfance a mis en évidence chez Hugo une hyperactivité quasi permanente avec un besoin de mouvement très fort qui se traduit par de la déambulation et une grande agitation. De plus, il cherche beaucoup à éprouver le cadre et peut parfois adopter des attitudes provocatrices.

Malgré cela, Hugo a accès aux demandes et il utilise une dizaine de signes Makaton pour se faire comprendre (Bonjour, merci, encore...). Le Makaton est un programme de soutien à la communication et au développement du langage, mis en œuvre au sein de

l'IMEP pour accompagner les jeunes dans l'expression et la compréhension du langage. Cette méthode associe l'utilisation de pictogrammes, le langage oral et une langue des signes. C'est un canal de communication pour soutenir, remplacer ou compléter le langage. Hugo est également capable de faire des choix simples entre deux objets si on les présente devant lui en tendant la main vers celui qu'il préfère.

### **2.3 Le précédent bilan psychomoteur**

Le dernier bilan psychomoteur de Hugo a été réalisé en 2017 par l'ancienne psychomotricienne de l'IMEP quand Hugo avait 15 ans. Il souligne tout d'abord une recherche constante de limites, qu'elles soient corporelles, spatiales ou verbales. Deux hypothèses à cela: La première met en lumière un besoin qui est interprété comme le signe d'une enveloppe corporelle encore peu intégrée, rendant difficile pour lui la différenciation entre son propre corps et celui de l'autre. Une deuxième hypothèse est que ces difficultés pourraient également être en lien avec ses particularités au niveau des perceptions tactile et proprioceptive, limitant sa capacité à percevoir les limites de son propre corps. En revanche, le bilan note de bonnes capacités d'imitation, ceci représente un levier sur lequel il est possible de s'appuyer en clinique. Il est également mentionné que son schéma corporel était en cours d'élaboration et la connaissance des parties du corps étaient équivalentes à celle d'un enfant entre deux et trois ans. Au niveau spatio-temporel, les notions spatiales n'étaient pas connues et son tempo spontané était très lent, Hugo présentant déjà un temps de latence assez important avant de répondre aux consignes. Enfin, l'usage du gilet lesté était déjà proposé comme piste d'intervention pour offrir à Hugo des sensations profondes de pression et de poids, afin de soutenir une meilleure conscience corporelle et favoriser l'apaisement.

### **2.4 Un profil sensoriel particulier**

Le profil sensoriel de Hugo a été réactualisé en 2022 et met en évidence de nombreuses particularités qui se retrouvent dans sa manière d'explorer et d'appréhender son environnement. Hugo présente une hyposensibilité visuelle, se caractérisant par le fait d'être attiré par les lumières, d'être captivé par les reflets ou encore les objets brillants et colorés. Nous pouvons noter une hyposensibilité auditive, dans le fait d'être attiré par les sons et les bruits et de déchirer du papier à côté de son oreille pour se stimuler. Il présente également une hyposensibilité tactile majeure qui se matérialise par le fait de

serrer fort les gens qu'il prend dans ses bras, d'être enclin aux automutilations (se mord) et de réagir faiblement à la douleur. Les sens proprioceptifs et vestibulaire sont également impactés dans le sens de l'hyposensibilité par le fait de ne pas avoir réellement conscience de la position de son corps dans l'espace, qu'il se cogne dans les objets et les personnes et qu'il apprécie beaucoup les mouvements de balancements. De ce fait, Hugo cherche activement des stimulations et du mouvement pour atteindre son seuil sensoriel. Bouger est pour lui un besoin fondamental afin de se sentir exister.

## **2.5 Observations psychomotrices de Hugo**

Cette année, je n'ai pas eu la possibilité de réaliser un bilan psychomoteur complet de Hugo. Néanmoins, j'ai pu l'observer dans différents contextes et situations variées. J'ai également effectué quelques épreuves lors de mes interventions dans la structure.

Hugo est peu à l'aise corporellement, il apparaît maladroit et présente une hypertonie de fond qui rend difficile le déploiement de sa motricité globale. Il lui est donc difficile de coordonner les différentes parties de son corps tant il bouge avec raideur. Cette rigidité se manifeste notamment lors de la marche: Hugo frappe ses talons forts sur le sol et montre une absence de ballant des bras. La coordination occulo-pédestre n'est pas acquise ce qui rend difficile l'appréhension de l'espace au sol et augmente significativement son risque de chute. Hugo éprouve donc des difficultés à marcher sur des surfaces instables ou irrégulières. L'équilibre statique de Hugo reste également précaire, en effet, il est rapidement déséquilibré lors de l'épreuve d'équilibre à pieds joints et l'épreuve d'équilibre unipodal nécessite un appui pour être réussie avec plus de facilités sur la jambe droite.

Hugo présente une latéralité manuelle bien établie à droite. Il montre une capacité d'adaptation satisfaisante dans la préhension des objets, avec une pince pouce-index fonctionnelle. Il peut ajuster spontanément son geste en fonction des caractéristiques de l'objet manipulé, telles que le poids ou les dimensions. Ses coordinations oculo-manuelles, oculo-motrices et bi-manuelles sont globalement bonnes. Il est capable de réaliser des jeux d'encastrement et manifeste une compréhension des notions de taille, comme le rapport entre grand et petit.

Sur le plan spatial, Hugo semble connaître le vocabulaire simple lié à l'orientation dans l'espace, tels que dessus, dessous, devant ou derrière. Il connaît également certains

trajets au sein de l'établissement et est, par exemple, capable de se rendre seul en salle de psychomotricité depuis l'entrée de l'IMEP. Toutefois, en raison de ses capacités attentionnelles limitées, il ne peut pas toujours suivre un parcours dans son intégralité : à la moindre distraction sensorielle, comme un bruit, il a tendance à se détourner du trajet pour se diriger spontanément vers la source sonore. Sur le plan temporel, Hugo ne semble pas maîtriser les repères et le vocabulaire de base. Par ailleurs, il présente un rythme singulier et certains contextes environnementaux peuvent engendrer un temps de latence dans ses réponses. Cependant, il possède un rythme très rapide une fois qu'il est engagé dans l'action notamment lors des repas durant lesquels ralentir est un véritable exercice pour lui.

Les représentations corporelles de Hugo semblent toujours en cours de construction. Il montre des signes de reconnaissance de son image dans le miroir et connaît les principales parties de son corps qu'il peut présenter à la demande. Toutefois, Hugo présente encore des difficultés dans l'appréhension de ses limites corporelles propres. En effet, il se cogne fréquemment contre les objets ou les personnes et manque d'aisance pour réguler la distance interpersonnelle. Si ces comportements peuvent parfois être interprétés comme des tentatives de stimulation sensorielle, notamment en lien avec ses hyposensibilités, ils traduisent également, dans certaines situations, une réelle difficulté à maîtriser son corps dans l'espace et à intégrer son environnement de manière ajustée.

### **3. Le projet personnalisé de Hugo et la contention de l'agitation**

#### **3.1 Le projet psychomoteur**

Hugo bénéficie d'un suivi individuel en psychomotricité, centré principalement sur les dimensions tactile et proprioceptive, en réponse à ses hyposensibilités marquées. L'objectif principal de ce travail est d'offrir à Hugo des stimulations sensorielles adaptées pour améliorer sa perception corporelle et réduire l'intensité de ses comportements défis. Parmi les interventions mises en place, des temps de percussions osseuses sont proposés, une activité qu'il apprécie particulièrement et qui semblent apaiser son besoin de stimulation et de mouvement.

### **3.2 Le projet institutionnel**

En parallèle, au sein de l'institution, les objectifs de suivi de Hugo sont de préparer la transition vers le secteur adulte, de continuer le travail de renforcement de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne notamment se laver, manger moins rapidement et être en capacité de s'occuper seul. Les problématiques d'agitation et de comportements-défis de Hugo restant au premier plan, l'équipe a décidé de mettre en place une grille d'intervention en 2022. Celle-ci vise à harmoniser les réponses des professionnels face aux comportements-défis de Hugo en favorisant des interventions efficaces en fonction des comportements observés afin d'empêcher l'escalade des comportements vers des manifestations plus sévères.

### **3.3 Les adaptations en place pour contenir l'agitation de Hugo**

En 2021, le port d'un gilet lesté a été décidé pour Hugo sur les temps de repas, le midi et le soir. Le gilet lesté est soumis à prescription médicale et son utilisation doit donc être encadrée et suivre un protocole. Le but de ce gilet est de procurer à Hugo des stimulations sensorielles importantes avec des pressions profondes. En allant dans le sens de ces hypersensibilités tactiles et proprioceptives, il aide Hugo à être plus calme et disponible le temps du repas. Le poids est ajusté en fonction de la personne et ne peut excéder 10% du poids du corps réparti équitablement sur le gilet. Son port est limité à 30 minutes toutes les deux heures afin d'éviter un effet d'habituatation et préserver les bénéfices de cet équipement.

Des temps d'hypostimulation sont intégrés à l'emploi du temps de Hugo afin de lui offrir des moments de recentrage sensoriel. Ces sessions se déroulent dans un espace dédié, situé dans le patio attenant à la salle de son groupe. L'espace dédié au groupe de Hugo comprend une grande pièce ouverte, connectée d'un côté à la salle centrale de L'IMEP et de l'autre à deux salles d'activité ainsi qu'à une salle de bain. Le patio, d'environ six mètres carrés, est aménagé dans un coin de cette grande pièce. Il est délimité par deux murs et des barrières de 1,50 m de hauteur, avec un portillon verrouillable. Cet espace est spécialement organisé pour Hugo, avec des couvertures et de grands coussins pour favoriser son confort. Les temps d'hypostimulation sont programmés à des horaires spécifiques : le matin de 9h à 9h30, puis de 11h à 11h30, l'après-midi de 12h30 à 14h, et en soirée de 18h à 18h15, puis à partir de 19h jusqu'à son accompagnement au coucher

par l'équipe de nuit. Ces temps sont positionnés stratégiquement après des activités nécessitant attention et disponibilité de la part de Hugo, afin de mieux gérer son agitation. Chaque séance suit une structure précise : elle débute par l'extinction des lumières, suivie d'un moment de pressions profondes réalisé par le professionnel accompagnant Hugo dans le patio, et se termine par la mise à disposition de son casque de musique et le retrait du professionnel du patio. Ces temps sont mis en place pour aider Hugo à se recentrer, en réduisant les stimulations de son environnement et en ciblant des stimuli spécifiques. Un point qui m'interroge cependant est l'impression que cet espace est parfois perçu par les professionnels comme un moyen de gérer l'agitation de Hugo en l'isolant, plutôt que comme un véritable espace ressource répondant à ses besoins sensoriels. C'est une impression qui s'est renforcée lorsque j'ai entendu un professionnel dire : « Si tu continues, tu vas au patio », ce qui associe cet espace à une forme de punition. Cela m'amène à me demander comment Hugo peut percevoir le patio comme un lieu sécurisant et apaisant, s'il est également parfois potentiellement lié à des conséquences punitives.

En parallèle de ces temps dédiés, l'aménagement des salles d'activités est pensé en tenant compte de ses besoins. En effet, afin de lui offrir des repères stables lors des temps de groupe, Hugo s'assoit toujours dans un fauteuil adapté de couleur jaune, volontairement au ras du sol et très contenant qui lui est systématiquement attribué. Ce fauteuil constitue un repère visuel et spatial stable pour lui. Il a réussi à intégrer que cet espace est associé à un cadre structuré et qu'il ne doit s'en lever qu'à la sollicitation d'un professionnel.

De plus, un temps spécifique est également prévu pour Hugo entre le repas et son temps d'hypostimulation afin qu'il puisse utiliser la balançoire, une activité qu'il apprécie particulièrement. En effet, cette activité le nourrit au niveau sensoriel en lui procurant des sensations vestibulaires intenses. C'est un des rares moments pour lui où il peut exprimer son besoin de mouvement sans restriction ce qui lui permet de réguler son agitation de manière adaptée. Malgré l'ensemble des adaptations mises en place, la gestion de l'agitation demeure un enjeu central dans la prise en charge de Hugo. L'équipe pluridisciplinaire a également exprimé un besoin spécifique à ce niveau-là. En analysant son emploi du temps et ses comportements, j'ai constaté que Hugo disposait de peu d'espaces et de temps dédiés à l'expression de son agitation et à la satisfaction de son besoin de mouvement. Ces derniers sont souvent limités ou contenus dans le patio. Afin

d'explorer une nouvelle approche, j'ai décidé de proposer l'intégration d'un temps de décharge motrice, dans le but d'évaluer son impact sur la régulation de l'agitation de Hugo et de son besoin de mouvement.

## **4 Le suivi psychomoteur et l'accompagnement de Hugo**

### **4.1 La rencontre avec Hugo**

J'ai rencontré Hugo lors de mon premier jour de stage pendant le temps du repas, un moment que les professionnels partagent avec les jeunes. Hugo est installé dans un coin de la salle seul à une table avec sa chaise placée contre le mur pour limiter ses déplacements durant le repas. Je vois sur cette chaise un grand jeune homme avec une tête assez étroite qui ne prête pas vraiment attention à mon entrée dans la pièce car il est en train de manger de façon très rapide. Il porte une veste lestée tout au long du repas afin de lui procurer des sensations proprioceptives profondes. En observant Hugo, je note une agitation marquée. Il essaye de se lever à plusieurs reprises, frappe dans ses mains et émet des cris. Ces moments d'agitation semblent s'intensifier lorsque les adultes autour de lui sont debout ou se déplacent dans la pièce. Je m'interroge sur les fonctions profondes de ce besoin de mouvement permanent observé chez Hugo. Ce comportement reflète-t-il uniquement une recherche constante de stimulation sensorielle, liée à ses hyposensibilités proprioceptive et tactile ? Est-ce un moyen de mieux percevoir son corps, se sentir exister à travers des retours sensoriels intenses, ou reprendre le contrôle sur son schéma corporel ? Pourrait-il également s'agir d'une réponse à une surcharge nerveuse, où le mouvement devient un moyen d'évacuer une tension interne ? Enfin, est-ce une stratégie d'autorégulation quand l'environnement devient trop stimulant, où l'agitation traduirait une tentative de gérer ou de filtrer les stimulations extérieures ?

Il y a toujours un professionnel qui mange en face de lui pour l'accompagner et structurer ce moment. Lors de cette première journée, j'avais une position d'observateur pour mieux comprendre le fonctionnement du temps de repas et de Hugo. Depuis, c'est moi suis en charge de l'accompagner et de manger face à lui pendant le repas le mardi. J'assiste également au temps d'accueil à 9h30 qui est un temps en groupe où la journée est présentée et auquel Hugo participe. Après ce temps, nous nous rendons près du tableau où se trouve sa photo, et je lui présente un pictogramme de course qu'il doit coller sur cette dernière. Ceci constitue notre rituel de début de séance. Je le prends ensuite en charge pour une séance de décharge motrice, consistant en une session de course à pied

d'environ trente minutes qui se déroule en plus de la prise en charge de Hugo par ma maître de stage. Cette activité se termine par un temps de dix minutes en salle de psychomotricité, durant lequel je lui propose des pressions profondes pour favoriser le retour au calme.

#### **4.2 Les moments marquants du suivi**

Pendant les temps de course son équilibre est assez précaire et Hugo risque de chuter principalement car il ne contrôle pas l'endroit où il pose ses pieds avec son regard. Afin de minimiser ce risque je lui propose donc de courir derrière moi en posant ses mains sur mes épaules. Nous alternons des moments de course et de moment de marche selon ses capacités. Au début du suivi, j'ai privilégié un cadre où il reste maître du rythme, afin de renforcer le lien et de favoriser la création de l'alliance thérapeutique.

Lors de la quatrième séance, il fait durer le temps de course plus longtemps et je sens une montée de son excitation. Je sens que le tonus augmente dans ses bras et ses mains et qu'il me serre les épaules de plus en plus fort. A un moment, cette tension devient telle qu'il s'arrête et émet un cri qui ressemble à du rire puis me serre fort en passant ses mains devant moi et en rapprochant sa tête de mon dos. Ce geste, à la fois spontané et chargé d'intensité, témoigne peut-être d'une recherche de contenance et d'une tentative de modulation de son excitation au contact de l'autre. J'ai perçu à ce moment-là qu'au-delà du simple engagement moteur, commence à s'installer une forme de lien ouvrant la possibilité d'un travail plus approfondi. De manière transversale, ces temps d'activité physique contribuent également au développement de l'endurance de Hugo, lui permettant désormais de courir sur de plus longues distances avant de faire une pause. Cette progression semble également liée à l'amélioration de sa coordination motrice. En effet, je remarque que ses mouvements deviennent progressivement plus fluides et moins rigides au fil des séances.

Je lui propose ensuite à chaque fois un temps plus calme en salle de psychomotricité lors duquel il est allongé dans un gros coussin et je réalise des pressions profondes sur l'ensemble de son corps. Lors de cette même séance, je vois son tonus s'abaisser de façon assez impressionnante, lui qui est habituellement dans un tonus très élevé. Sa respiration se fait également plus profonde et je le sens plus en lien, il me regarde et observe ce que je fais pendant ce temps.



A partir de la 10ème séance, je sens qu'Hugo se saisit de plus en plus de ces moments, il prend mes mains pour les mettre sur les siennes puis sur ses avant-bras et ses bras en suivant le même chemin que celui que je viens de réaliser. Il arrive également à exprimer que certaines parties du corps sont plus sensibles à ce genre de toucher que d'autres en signant "encore" et en tendant sa main par exemple. À l'issue de ce temps, je le raccompagne pour une activité d'histoire avec un éducateur suivie d'un temps calme dans le patio.

Je prépare ensuite la salle à manger avec ma maître de stage et le retrouve ensuite dans le patio pour l'accompagner durant le repas. Au début de mon stage, ces temps étaient assez compliqués pour Hugo. Son agitation se remarquant déjà avant le début du repas. Cela se traduisait dans le patio par des cris, un tonus élevé, des sauts sur place, de l'auto agressivité en se frappant la tête contre le mur... Durant un de ces repas, Hugo essaye de se lever à plusieurs reprises. Son besoin de mouvement est particulièrement marqué durant les temps morts ou lorsque je suis occupé à le resservir. Il essaye d'agripper les autres jeunes dans la salle, il frappe dans ses mains, et finit même une fois par arracher son bavoir ce qui marque la fin du repas pour lui. Il est à ce moment-là retiré du groupe, l'agitation étant trop présente, et accompagné vers l'extérieur par l'éducateur qui lui proposera un temps de balançoire, une stimulation sensorielle qu'il apprécie beaucoup et qui l'aide à retrouver son calme. Seulement, je me suis demandé dans quelle mesure lui permettre l'accès à des activités ou espaces qu'il apprécie comme la balançoire lorsqu'il présente un comportement inadapté ne risque pas d'agir comme agent renforçateur de ces comportements défis ?

#### **4.3 Vers une évolution des comportements**

Depuis Janvier, j'ai constaté une évolution progressive lors des repas, avec une diminution des comportements inadaptés et de l'agitation. À plusieurs reprises, en venant le chercher au patio pour le repas, j'ai observé que Hugo dormait, entouré de coussins et semble apaisé au réveil. Après avoir interrogé les différents professionnels, il est apparu que ce comportement ne survenait que les jours où un temps de course lui était proposé. Ce changement contraste fortement avec les observations réalisées au début de mon stage. Pendant les repas, Hugo se montre plus apaisé : il reste assis, interagit davantage et manifeste même des tentatives d'humour. Par exemple, il fait semblant de voler ce qui se trouve sur ma table, retirant immédiatement sa main dès que je pose mon regard sur

lui. J'interprète ce comportement comme un signe de renforcement du lien entre nous et une forme d'engagement relationnel de sa part. En février, une progression notable a été observée dans sa communication : Il a réussi à me formuler pour la première fois une demande complète en Makaton pour obtenir une seconde assiette. Le fait d'être moins parasité par l'agitation et de pouvoir être plus posé lors du repas lui permet d'avoir un plus grand engagement dans la relation. De plus, il parvient désormais à exprimer sa fatigue en fin de repas toujours à l'aide de signes, démontrant ainsi une meilleure écoute de ses sensations et une meilleure disponibilité à lui-même.

Enfin, je le raccompagne dans le patio pour son temps d'hypostimulation durant lequel je lui propose un temps de pressions profondes puis son casque avec de la musique. Ce moment m'interroge sur la gestion de l'agitation de Hugo et les stratégies utilisées pour répondre à ses besoins de régulation sensorielle et émotionnelle. Par exemple, bien que les temps de pressions profondes et de percussions semblent efficaces pour l'apaiser, leur effet est souvent de courte durée. Je me questionne donc sur la manière de canaliser son agitation de façon plus durable et de lui offrir des outils qu'il pourrait intégrer progressivement, afin de favoriser son autonomie dans la régulation de ces comportements.

Le lien thérapeutique avec Hugo semble s'approfondir progressivement, notamment à travers la mise en place de ces routines de décharge motrice, devenus pour lui des repères attendus. Il s'approprie ces routines avec de plus en plus d'engagement et manifeste des signes explicites d'anticipation. Lorsqu'il me voit passer à proximité de son patio, il tente désormais de m'interpeller, et exprime une joie manifeste par des sourires et des regards à mon entrée dans la salle où se déroule l'accueil qui précède notre séance. Au moment de sortir, il pose spontanément ses mains sur mes épaules et commence à courir dès que je verbalise la consigne : « Tu te rappelles ce que l'on fait le mardi matin ? ». Hugo semble investir le lien comme un appui sécurisant, lui permettant d'entrer dans l'action avec plus de fluidité et de confiance. Je me demande donc dans quelle mesure la répétition et l'instauration de repères réguliers peuvent participer à la consolidation du lien thérapeutique et à la construction des repères temporels chez Hugo ?

Fin Avril, une évolution dans la prise en charge a été amorcée à travers l'expérimentation d'un nouveau positionnement durant les temps de course, en inversant nos positions habituelles : lors de trois séances, j'ai proposé à Hugo de se placer devant moi, afin qu'il

soit pleinement acteur de l'initiation du mouvement, qu'il puisse réellement exercer son pouvoir d'agir, tandis que je me positionnais derrière lui en posant mes mains sur ses épaules. A l'heure d'écriture de ce mémoire ce changement de position n'a pu être réalisé que trois fois cependant, Hugo a semblé quelque peu déstabilisé par ce changement de repères et cette nouvelle liberté d'exploration. Toutefois, la sensation d'être légèrement poussé par l'arrière en plus des verbalisations semble avoir éveillé chez lui un fort plaisir corporel ainsi que de l'amusement, exprimé par de nombreux rires lors de ces temps de courses. Ces moments ont été l'occasion d'observer plus finement sa posture et ses coordinations quand il ne s'appuie pas sur le corps de l'autre. Dans ces moments, son polygone de sustentation s'élargit légèrement, ses bras s'écartent de son axe corporel et effectuent des mouvements de balancement encore peu fluides, irréguliers et saccadés. J'ai également pu porter une attention particulière à sa tête et à son regard : Hugo ne semble pas fixer un point stable, sa tête balaye l'environnement de manière désorganisée et il ne regarde pas où il pose ses pieds. Néanmoins, cette nouvelle configuration lui offre une plus grande ouverture sensorielle sur son environnement et une occasion supplémentaire d'explorer le monde en mouvement depuis son propre point de vue corporel.

Les effets de ces routines de décharge motrice ont également pu être objectivés grâce à une grille d'observation et d'évaluation (Annexe I) que j'ai élaborée. Cette grille vise à analyser le nombre, l'intensité et le contexte environnemental autour des comportements inadaptés de Hugo durant les temps de repas, temps qui ont lieu environ une heure après nos séances. Ces grilles, disponibles en annexe du mémoire, ont permis de suivre l'évolution des comportements sur plusieurs mois. On observe ainsi notamment une diminution progressive des levés inadaptés de sa chaise, comportement le plus fréquent et qui pose le plus de problèmes à l'équipe : d'environ cinq en moyenne par repas en octobre, on passe à deux en janvier, puis à environ un seul en mars. Cette amélioration semble indiquer une meilleure disponibilité et une capacité de régulation plus stable à l'issue des séances. Il est intéressant de noter que ce n'est pas tant le nombre de personnes présentes dans la pièce qui déclenche l'agitation, mais davantage lorsque les personnes présentes se mettent en mouvement, qui semble perturber Hugo. Un des facteurs favorisant l'agitation de Hugo lors des repas pourrait être les stimulations dynamiques non anticipées. On peut formuler l'hypothèse que la stabilité de l'environnement visuel notamment par la réduction des déplacements autour de lui favoriserait un meilleur ancrage corporel et comportemental, en diminuant la charge

sensorielle. De manière générale, les temps de repas du mardi, jour de notre séance, se déroulent maintenant de manière apaisée, contrairement aux autres jours de la semaine, à l'exception du lundi, durant lequel Hugo est accompagné par ma maître de stage, avec qui il a également développé un lien assez fort. Ces éléments m'amènent à m'interroger sur l'origine réelle des effets observés : relèvent-ils principalement des bénéfices liés à la décharge motrice, ou bien sont-ils également portés par la qualité du lien relationnel établi ? Il est probable que ces deux dimensions s'articulent et se renforcent mutuellement. D'autant plus que, selon les retours de l'équipe, les repas du mardi soir se déroulent eux aussi dans de meilleures conditions, quel que soit le professionnel présent, ce qui pourrait indiquer un effet assez durable des temps de course sur la régulation de l'agitation de Hugo.

Par ailleurs, les séances de décharge motrice mises en place avec Hugo sont très attendues et valorisées par l'équipe pluridisciplinaire. Les professionnels expriment régulièrement des remarques telles que « J'espère que tu vas bien le dépenser aujourd'hui », ou encore « On voit vraiment une différence entre le jour où il fait ta séance et le reste de la semaine ». Ainsi, ces verbalisations révèlent d'une part, une forme d'épuisement face aux manifestations d'agitation que peut générer Hugo et qui mettent l'équipe en grande difficulté. D'autre part, elles soulignent la reconnaissance, de la part de l'équipe, des effets de ces séances et leur retentissement sur le quotidien. Ainsi, au-delà de leur portée thérapeutique individuelle, ces temps semblent également jouer un rôle d'apaisement dans la dynamique et dans le vécu des soignants eux-mêmes.

L'analyse de cette prise en charge met en lumière l'importance de proposer à Hugo des temps adaptés à ses besoins sensoriels, moteurs et relationnels, en particulier à travers la mise en place de routines de décharge motrice. Ces séances semblent jouer un rôle dans la régulation de son agitation, tout en soutenant la construction du lien thérapeutique et de soutien de ses capacités motrices. Afin de mieux comprendre les processus à l'œuvre, il apparaît essentiel de s'appuyer sur un éclairage théorique, en explorant notamment les notions de plurihandicap, d'agitation psychomotrice et de routines de décharge motrice.

# **PARTIE THÉORIQUE**

# **PARTIE THÉORIQUE**

## **1. Le Plurihandicap**

Il est important de distinguer les notions de plurihandicap et de polyhandicap. En effet, bien que souvent confondus et pris l'un pour l'autre par abus de langage, ces deux concepts revêtent chacun des champs d'études particuliers et renvoient à des réalités cliniques différentes. La notion de plurihandicap est complexe et plusieurs définitions coexistent, reflétant plusieurs perspectives. Parfois la déficience intellectuelle est une composante constitutive de la notion de plurihandicap, parfois elle est exclue de la définition. L'écart entre les définitions n'est pas anodin dans la mesure où cela a un impact sur l'identification des personnes concernées et plus largement sur la mobilisation potentielle des professionnels. Il est donc nécessaire de clarifier ce concept afin de percevoir avec pertinence les enjeux qui sous-tendent les spécificités liées au plurihandicap. Je fais le choix pour ce travail de retenir la définition du Comité national Coordination Action Handicap (CCAH, s. d.) qui définit que « Le plurihandicap est l'association d'atteintes motrices et/ou sensorielles de même degré, ce qui ne permet pas de déceler l'une plutôt que l'autre en déficience principale ».

En ce qui concerne le polyhandicap, le CCAH le définit comme « un handicap grave à expressions multiples, dans lequel une déficience mentale sévère et une déficience motrice sont associées à la même cause, entraînant une restriction extrême de l'autonomie ». Le polyhandicap constitue ainsi une situation de dépendance globale et durable, dans laquelle les déficiences s'intriquent et se potentialisent mutuellement.

La complexité du profil de Hugo illustre toutefois à quel point la frontière entre ces deux catégories peut être nuancée dans la mesure où il pouvait sembler graviter aux frontières des définitions. Néanmoins, Hugo ne relève pas uniquement d'une déficience mentale, mais plutôt d'un ensemble de déficiences qui interagissent sans qu'une ne puisse être identifiée comme dominante. Ainsi, le profil clinique de Hugo semble davantage relever d'un plurihandicap sévère, dans la mesure où la complexité des déficiences coexiste chez lui, sans privilégier une atteinte au détriment d'une autre. Hugo présente réellement un ensemble d'atteintes qui engendrent des limitations fonctionnelles variées, mais qui ne se laissent pas réduire à une seule pathologie dominante.

Ainsi, le choix de qualifier la situation de Hugo de plurihandicap se justifie par la nécessité de reconnaître la diversité et la complexité de ses atteintes, ainsi que par l'importance d'orienter les interventions thérapeutiques et éducatives vers une prise en charge adaptée à ses besoins spécifiques et à la singularité de son parcours de vie.

### **1.1 La déficience motrice**

« Le handicap moteur recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité des membres supérieurs et/ou inférieurs et regroupent de nombreuses situations. » (handicap.agriculture.gouv.fr, 2025). Dans le cadre du plurihandicap, les déficiences motrices peuvent ainsi se manifester sous différentes formes, parmi lesquelles on retrouve les troubles des mouvements volontaires et involontaires, tels que les syndromes pyramidaux, extrapyramidaux ou cérébelleux. Ces atteintes peuvent s'accompagner de troubles du tonus musculaire, comme la spasticité ou l'hypotonie neurologique, qui ont un impact direct sur la posture, la coordination ainsi que sur les capacités de motricité globale et fine. Il est important de souligner que ces troubles peuvent revêtir des formes très variées et se décliner avec des intensités et des conséquences différentes selon les individus. Dans le cadre de ce mémoire, les troubles moteurs étant relativement mineurs chez Hugo, j'ai fait le choix de centrer l'analyse théorique sur la déficience intellectuelle et les troubles de l'intégration sensorielle, qui apparaissent comme les dimensions les plus prégnantes dans son profil et celles ayant le retentissement fonctionnel le plus marqué sur son quotidien.

### **1.2 La déficience intellectuelle**

La déficience intellectuelle constitue un enjeu central dans l'accompagnement des personnes en situation de plurihandicap, impactant à la fois leur développement cognitif, psychomoteur et relationnel. Elle se caractérise par des limitations significatives des fonctions intellectuelles et des habiletés adaptatives, influençant ainsi l'apprentissage, la communication et l'autonomie au quotidien. Lorsqu'elle est associée à d'autres troubles moteurs, sensoriels ou neurologiques, comme c'est le cas dans le plurihandicap, ses manifestations se complexifient, rendant l'évaluation et l'accompagnement plus délicats.

### 1.2.1 Définition et classification de la déficience intellectuelle

Au cours de l'histoire, de nombreuses terminologies ont été employées pour désigner la déficience intellectuelle, témoignant de l'évolution des connaissances et des représentations qui lui sont associées. Dès le XIX<sup>e</sup> siècle, Esquirol (1838) parlait « d'idiotie » pour qualifier un état de privation des facultés intellectuelles. Ce terme, à connotation aujourd'hui péjorative, a ensuite laissé place à celui de « retard mental » (2009), employé par l'organisation mondiale de la santé dans la classification internationale des maladies 10<sup>ème</sup> révision en 2009.

Progressivement, ces désignations ont été remplacées par des appellations plus adaptées, mettant l'accent sur une approche plus fonctionnelle et inclusive. La classification internationale des maladies 11<sup>ème</sup> révision (CIM-11), en vigueur depuis 2022, parle désormais de « trouble du développement intellectuel ». Selon l'organisation mondiale de la santé, ce trouble se caractérise par « un fonctionnement intellectuel et un comportement adaptatif significativement inférieur à la moyenne. » (*CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité*, s. d.)

La classification du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>ème</sup> révision (DSM-V) (Crocq & Guelfi, 2015) classe également ce trouble au sein des « Troubles du neurodéveloppement ». Il précise que « Le handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) est un trouble débutant pendant la période du développement, fait de déficits tant intellectuels qu'adaptatifs dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques. ». Elle repose sur trois critères diagnostics :

- Un déficit des fonctions intellectuelles (raisonnement, résolution de problèmes, planification et apprentissages).
- Un déficit des fonctions adaptatives, qui sans assistance entraîne des limitations significatives du fonctionnement dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne.
- Un début du déficit intellectuel et adaptatif pendant la période du développement (enfance ou adolescence).

Le diagnostic de la déficience intellectuelle repose sur une évaluation psychométrique par des tests standardisés ainsi que sur l'évaluation clinique qui combinent la mesure du quotient Intellectuel et des capacités adaptatives du sujet. Un quotient intellectuel inférieur à 70 est retenu comme seuil diagnostic de la déficience.



En fonction de ce score, la déficience intellectuelle est classée en différents niveaux de sévérité. Une déficience est dite légère lorsque le quotient intellectuel se situe entre 50 et 69, modérée entre 35 et 49, sévère entre 20 et 34, et profonde lorsqu'il est inférieur à 20.

Parallèlement à cette évaluation intellectuelle, les compétences adaptatives sont analysées dans trois grands domaines : le domaine conceptuel, qui comprend le langage, la mémoire, les apprentissages scolaires ou encore le raisonnement logique ; le domaine social, qui concerne la communication interpersonnelle, l'empathie ou la capacité à respecter les règles sociales ; et enfin le domaine pratique, relatif à l'autonomie dans les soins personnels, la gestion des tâches quotidiennes et la sécurité. Ces évaluations tiennent toujours compte du contexte global de la personne, notamment de son âge, de son genre et de son environnement socio-culturel.

### **1.2.2 Les spécificités de la déficience intellectuelle profonde**

Dans les cas de déficience intellectuelle profonde, les limitations sont particulièrement marquées dans tous les domaines. Le DSM-V précise que, dans le domaine conceptuel, la personne est « essentiellement centrées sur le monde physique plutôt que sur le monde symbolique ». Dans le domaine social, la communication est majoritairement non-verbale, avec une grande dépendance à autrui et une participation sociale déficitaire. Le domaine pratique est également fortement affecté : la personne dépend entièrement de l'autre pour les soins corporels, l'alimentation et la sécurité. Il est également souligné qu'« un comportement inadapté est présent chez une minorité significative ». (Crocq & Guelfi, 2015). Nous allons à présent étudier quelles conséquences peut avoir la déficience intellectuelle sur le développement de l'individu.

### **1.2.3 Se développer avec une déficience intellectuelle**

- **La symbolisation et la représentation**

Chez l'enfant présentant une déficience intellectuelle, les capacités de symbolisation et de représentation peuvent être significativement affectées, en raison des difficultés cognitives. La pensée reste fréquemment ancrée dans le concret, le perceptif et l'immédiat, rendant difficile l'accès à une fonction symbolique élaborée. Comme le souligne Nader-Grosbois (2020), « relevons aussi que des personnes présentant une

déficience sévère à profonde n'atteignent pas ce stade symbolique » L'accès au jeu symbolique, à l'imaginaire ou encore à la pensée abstraite peut donc être limité, ce qui restreint la possibilité de représentation, de permanence de l'objet ou de planification d'une séquence d'actions. Dans le contexte de la déficience intellectuelle, les limitations cognitives ne se réduisent pas seulement à une difficulté d'apprentissage ou de raisonnement. Elles influencent également la manière dont l'enfant perçoit, comprend et organise son vécu interne. Comme le souligne Ecotière, (2016) « le poids des difficultés cognitives complexifiant la mise en sens et la représentation de leurs éprouvés et de leur vécu » illustre la façon dont les troubles cognitifs entravent l'accès à une élaboration psychique des émotions, des sensations corporelles et des expériences relationnelles. Cette altération du processus de symbolisation peut générer un mode de fonctionnement centré sur l'agir, où le comportement devient le principal canal d'expression des émotions et des besoins. En effet, le comportement n'est donc pas seulement un acte, mais une réponse émotionnelle et affective

- **La communication**

Les capacités langagières, de communication et de compréhension sont également fréquemment altérées, de manière plus ou moins marquée selon la gravité de la déficience ainsi que du syndrome. L'acquisition du langage oral peut être retardée ou limitée dans sa complexité syntaxique. La communication orale peut parfois être remplacée par des moyens de communication alternatifs comme les gestes, les pictogrammes ou les systèmes augmentés de type Makaton. Sur le plan de la compréhension, l'enfant peut avoir des difficultés à saisir des consignes complexes, à traiter des informations verbales longues, ou à accéder au langage abstrait. De plus, il est à noter que les personnes déficientes intellectuelles peuvent présenter un temps de latence dans le traitement des informations ou des consignes exprimées.

- **Le développement psycho-affectif et relationnel**

Le développement psycho-affectif de l'enfant en situation de handicap est étroitement lié à la qualité des premières relations établies avec ses figures d'attachement, souvent influencées par le vécu parental face au diagnostic. Comme le souligne Ciccone (2009), « la rencontre avec le handicap chez un bébé est bien sûr une expérience traumatique, catastrophique, à l'origine d'effondrements, de désillusions, de désespoir, de terribles blessures narcissiques ». Cette réaction parentale peut venir bouleverser les processus d'attachement et influencer durablement la construction psychique de l'enfant. La confrontation entre l'enfant réel et l'enfant fantasmé peut générer une rupture dans

l'investissement émotionnel, compromettant l'élaboration d'un lien sécure qui aura des répercussions sur les relations de l'enfant. Dans ce contexte, la personne en situation de handicap peut manifester une recherche insistante de contact, en lien avec une difficulté à construire une représentation autonome et différenciée de soi. Le modèle de l'attachement proposé par Bowlby en 1970, enrichi par le concept de modèle interne opérant, cité par Fernandez Fidalgo en 2022 éclaire cette dynamique « L'enfant intériorise et mémorise son expérience avec ses figures d'attachement, qu'elles soient positives ou négatives ». Ces représentations internes peuvent donc être marquées par l'insécurité et vont influencer les relations à l'autre et les capacités de régulation émotionnelle de la personne en situation de handicap.

- **Le développement psychomoteur**

Chez l'enfant en situation de plurihandicap, le développement psychomoteur est souvent profondément impacté par la combinaison de troubles sensoriels, moteurs, toniques et cognitifs. On observe fréquemment un retard important dans les acquisitions motrices, lié à une altération du tonus mais aussi à un manque d'exploration sensori-motrice, nécessaire à l'intégration des premières coordinations. Les troubles du tonus prennent souvent une forme polarisée, marquée par des états d'hypertonie ou d'hypotonie, sans modulation intermédiaire, traduisant une difficulté à ajuster le tonus en fonction des contextes relationnels et environnementaux souvent dans une dynamique de tout ou rien. Pour mieux comprendre les manifestations corporelles d'un enfant comme Hugo, il est pertinent de s'appuyer sur les apports conceptuels d'Esther Bick (citée par Antoine & Corde, 2008) et de Suzanne Robert-Ouvray (2014). Bick développe la notion de seconde peau psychique, qui se met en place lorsque la première peau psychique, enveloppe primitive contenant les éprouvés du nourrisson, est effractée. L'enfant construit alors une seconde peau de nature musculaire ou motrice, visant à maintenir une sensation d'unité et de contenance psychique. Suzanne Robert-Ouvray propose, quant à elle, le concept de carapace tonique, définie comme un mode défensif d'organisation du tonus permettant à l'enfant de ressentir son corps dans une modalité solide et rigide. Cette paroi tonique, bien qu'apportant un sentiment de sécurité interne, agit aussi comme un filtre, voire une barrière, empêchant la circulation fluide des sensations et des affects. Comme elle le souligne :

La carapace tonique [est] un système de défense pour ne plus sentir la douleur des tensions associées aux manques affectifs. Mais cette carapace tonique bloque l'émission des affects et des émotions, privant l'enfant de tout contact avec lui-même et avec les autres. (Robert-Ouvray, 2014, p. 7-8).

Après avoir envisagé les particularités du développement psychomoteur des personnes présentant une déficience intellectuelle, il semble essentiel de s'intéresser à l'intégration sensorielle, dont les éventuelles altérations peuvent également impacter les compétences adaptatives de l'individu.

### **1.3 Comprendre l'intégration sensorielle et ses altérations**

Notre manière d'être au monde repose avant tout sur notre corps sensible. Le philosophe Maurice Merleau-Ponty (1976), rappelle combien la perception sensorielle constitue la base même de notre relation à autrui : « En tant que j'ai des fonctions sensorielles, un champ visuel, auditif, tactile, je communique déjà avec les autres, pris aussi comme sujets psychophysiques. » Par cette affirmation, il souligne que la sensorialité n'est pas seulement un ensemble de récepteurs biologiques, mais un vecteur fondamental de la relation humaine. La phénoménologie décrite par Merleau-Ponty met en lumière que notre expérience du monde est intimement liée à notre corps, qui ne se contente pas de recevoir passivement des informations. Plus profondément, notre corps est une manière d'être au monde, c'est un vecteur de perception et d'interaction, il est médium de notre existence relationnelle. En psychomotricité, cette perspective nous invite à reconnaître que la qualité de l'intégration sensorielle détermine non seulement l'équilibre corporel et émotionnel, mais aussi la capacité à entrer en lien avec soi-même, avec l'environnement et avec autrui. C'est dans cette perspective que s'inscrit l'exploration des troubles de l'intégration sensorielle, en tant qu'ils viennent perturber la dynamique relationnelle de l'individu.

Les personnes en situation de plurihandicap peuvent présenter des troubles de l'intégration sensorielle. Ces troubles peuvent être responsables d'hypo ou d'hypersensibilité aux différents stimuli sensoriels présents dans l'environnement. Ceux-ci peuvent toucher les cinq sens (audition, vision, odorat, goût et toucher) ainsi que les sens proprioceptifs, le sens vestibulaire, le ressenti de la douleur et les récepteurs thermiques.

#### **1.3.1 L'intégration sensorielle : donner du sens au monde qui nous entoure**

Selon Kilroy (2019) qui reprend les travaux de Anna Jean Ayres « Le traitement sensoriel implique de percevoir, organiser et interpréter les informations reçues par les systèmes sensoriels [...] afin de produire une réponse adaptative. »

Ce processus de traitement des informations sensorielles dépend de plusieurs caractéristiques :

- La réception sensorielle

C'est la première étape du traitement sensoriel. Elle implique la détection et la réception des stimuli par les récepteurs sensoriels correspondant au sens stimulé.

- La modulation sensorielle

Elle permet à une personne de filtrer, hiérarchiser les informations sensorielles de l'environnement, afin de ne pas être submergée par celles-ci ou, au contraire, de pouvoir les prendre en compte. Un dysfonctionnement à ce niveau peut entraîner une hyposensibilité quand les seuils d'activation neurologiques sont hauts ou une hypersensibilité quand les seuils d'activation neurologiques sont bas aux stimulations sensorielles.

- L'intégration sensorielle

Ayres (2005) « L'intégration sensorielle est le processus qui permet d'organiser les stimuli sensoriels afin que le cerveau produise une réponse corporelle utile, ainsi que des perceptions, des émotions et des pensées adaptées. » L'intégration sensorielle est donc l'étape au cours de laquelle les informations sensorielles sont organisées et structurées au niveau central afin de devenir des perceptions significatives pour l'individu. Ce processus permet de donner un sens aux stimuli perçus et de produire une réponse adaptée à l'environnement.

- Réponse motrice

Cette réponse naît de la traduction des informations sensorielles en action de l'individu face à son environnement, en planifiant, organisant et exécutant une réponse motrice adaptée.

### **1.3.2 Le trouble de l'intégration sensorielle**

Le trouble de l'intégration sensorielle, également appelé trouble du traitement sensoriel, désigne donc une difficulté du système nerveux central à recevoir, organiser et interpréter correctement les informations sensorielles provenant de l'environnement et du corps. L.J. Miller (2007) propose également « que le diagnostic de trouble du traitement sensoriel ne soit posé que si, et seulement si, les difficultés de traitement sensoriel altèrent les routines ou les rôles de la vie quotidienne. »

Ce dysfonctionnement peut se traduire par une réponse inadaptée ou incohérente aux stimulations sensorielles, qu'elles soient visuelles, auditives, tactiles, olfactives, gustatives, proprioceptives ou vestibulaires. Les manifestations varient selon les individus, allant de l'hypersensibilité (réaction excessive à un stimulus sensoriel de faible intensité) à l'hyposensibilité (réponse faible ou absente à des stimuli pourtant intenses), mais également par des comportements de recherche de stimulations sensorielles. Ces troubles peuvent affecter le développement moteur, la régulation émotionnelle, les capacités d'attention et les interactions sociales. Bien que ce trouble ne soit pas officiellement reconnu comme un diagnostic distinct dans les classifications internationales comme le DSM-5 ou la CIM-11, il est fréquemment observé dans divers troubles neurodéveloppementaux, notamment dans le trouble du spectre de l'autisme, ainsi que dans les situations de plurihandicap.

L'évaluation des particularités sensorielles repose sur des outils standardisés. Ces outils permettent d'identifier les particularités sensorielles et leurs impacts sur le fonctionnement des individus. Parmi les plus utilisés figure le Profil sensoriel développé par Winnie Dunn, qui propose une analyse des comportements sensoriels, en s'appuyant sur des observations réalisées par les parents ou les enseignants. Il permet de mettre en évidence des tendances telles que l'hyperréactivité, l'hyporéactivité ou la recherche de stimulations sensorielles. De son côté, le questionnaire de Bogdashina permet lui d'évaluer les particularités sensorielles à travers huit modalités sensorielles, en intégrant également les réactions émotionnelles associées.

Les particularités du développement chez les personnes en situation de plurihandicap, qu'il s'agisse de déficience intellectuelle ou de troubles de l'intégration sensorielle, permettent de mieux comprendre la complexité des désorganisations possibles dans la relation à leur propre corps. Dans ce contexte, l'agitation psychomotrice émerge souvent comme une expression clinique centrale qui peut mettre à mal les équipes pluridisciplinaires. Pour essayer de mieux saisir le sens de ce comportement nous allons dans la partie suivante détailler et approfondir les mécanismes de l'agitation psychomotrice.

## 2. L'agitation psychomotrice et ses mécanismes

L'agitation psychomotrice constitue un comportement souvent mal compris, pouvant être interprété à tort comme une manifestation d'opposition ou encore seulement comme une hyperactivité isolée. Pourtant, l'agitation psychomotrice reflète bien souvent des difficultés sous-jacentes de régulation sensorielle, émotionnelle ou cognitive. Avant d'en examiner les fonctions, il convient de s'appuyer sur les définitions cliniques proposées par les classifications internationales, afin de mieux cerner ce phénomène.

### 2.1 Définitions et classifications actuelles : Le DSM-V et la CIM-11

Selon le DSM-5, l'agitation psychomotrice est définie comme une :

« Activité motrice excessive associée à un sentiment de tension intérieure. L'activité est en général improductive et répétitive et se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, le fait de gigoter, d'agiter les mains, de triturer ses vêtements et l'incapacité à rester assis » (Crocq & Guelfi, 2015).

Cette définition met en lumière l'idée d'une agitation physique dépourvue de finalité concrète, souvent en réponse à une surcharge interne difficilement verbalisable dont le seul moyen d'expression se traduit dans le corps.

De manière complémentaire, la CIM-11 décrit l'agitation psychomotrice comme une « activité motrice excessive, se manifestant généralement par des comportements sans but précis tels que la bougeotte, le déplacement, le gigotage, l'incapacité à rester assis ou debout, le tordage des mains, etc. » (*CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité*, s. d.)

Ces deux approches convergent pour souligner la dimension non dirigée, non adressée de ces gestes ainsi que l'incapacité à garder une position, une posture stable, que ce soit en position assise ou debout. Ces définitions illustrent un déséquilibre entre excitation motrice et contrôle volontaire. L'agitation psychomotrice ne peut donc être réduite à une simple agitation physique : elle traduit souvent un état de tension interne, mêlant émotions, sensorialité ou inconfort psychique.

## 2.2 Quand l'agitation déborde : Du mouvement à la pathologie

Qui, avant un examen important ou avant une situation très attendue, ne s'est pas senti traversé d'une nervosité telle qu'il ne tenait plus en place sur sa chaise ? Cet état d'agitation passagère est une réponse normale à une situation qui place l'individu en tension. Lorsque cet état reste transitoire, il est bénin, et l'individu peut retrouver un fonctionnement apaisé une fois l'événement passé. Mais lorsque l'agitation se chronicise, qu'elle devient excessive, persistante, ou qu'elle échappe au contrôle de la personne, elle glisse alors vers le champ du pathologique. Comme le souligne Canguilhem (2013) : « Sémantiquement, le pathologique est désigné à partir du normal non pas tant comme a ou dys que comme hyper ou hypo », c'est-à-dire que le trouble ne s'oppose pas au fonctionnement normal de façon binaire, mais se définit souvent comme un excès ou un défaut par rapport à une norme attendue. L'agitation psychomotrice peut donc être considérée comme pathologique lorsque son intensité, sa fréquence ou sa persistance entraîne une altération significative du fonctionnement quotidien de l'individu. Elle ne relève alors plus d'une simple manifestation passagère, mais devient un trouble envahissant, nécessitant une attention spécifique.

L'agitation peut donc être qualifiée de pathologique lorsque :

- L'agitation persiste, ne s'estompe pas avec le temps.
- Elle interfère avec les activités de la vie quotidienne, les apprentissages, la socialisation.
- Elle dépasse les capacités d'autorégulation et d'adaptations de l'individu.
- Elle est inadaptée au contexte.

Enfin, il est essentiel de toujours pouvoir penser ces comportements d'agitation psychomotrice dans une perspective holistique, c'est-à-dire globale et multidimensionnelle en mettant en lumière l'interaction entre l'individu et son environnement. Il y a donc une nécessaire contextualisation des comportements d'agitation. Cela indique la limite d'une approche quantitative et la nécessité d'une évaluation qualitative contextualisée :

Les états psychologiques qui peuvent conduire à une agitation psychique ou physique sont toujours liés à une conscience incarnée, inscrite dans un corps qui se trouve dans un monde avec lequel elle est en perpétuelle interaction, et à un



sujet qui tâche en permanence de s'adapter aux nouvelles situations. (Degorre, 2023, p.143)

### 2.3 Les fonctions de l'agitation

Après avoir distingué les formes d'agitation relevant d'un aspect transitoire et normal de celles considérées comme pathologiques, il convient désormais de s'interroger sur les fonctions que peut revêtir l'agitation motrice pour l'individu. En effet, bien qu'elle soit souvent perçue comme un comportement inadapté ou dérangeant, l'agitation n'est pas dénuée de sens. Elle peut répondre à des besoins spécifiques, conscients ou non, et s'inscrire dans une tentative de régulation interne ou d'ajustement à l'environnement.

L'une des fonctions de l'agitation motrice, notamment chez l'enfant, est celle du contrôle des angoisses (Knéra-Renaud, 2020). Lorsque le sujet se trouve confronté à une tension interne qu'il ne parvient ni à nommer ni à symboliser, le recours au corps devient un moyen d'évacuation de la surcharge. L'agitation apparaît alors comme une réponse corporelle à une angoisse difficilement verbalisable, et ce, d'autant plus que les ressources psychiques ou les capacités d'élaboration sont immatures ou fragilisées. Dans cette perspective, le mouvement ne constitue pas un débordement incontrôlé, mais bien une stratégie défensive, souvent inconsciente, pour faire face à une instabilité affective ou à une insécurité intérieure. Cette approche rejoint les conceptions psychodynamiques du fonctionnement psychomoteur, dans lesquelles l'agitation est envisagée comme un acte signifiant, révélateur d'un conflit ou d'un malaise intrapsychique.

Dans son article intitulé *Enfant instable, enfant agité, enfant excité*, publié en 2001, Robert Voyazopoulos développe une lecture des comportements d'agitation chez l'enfant. Il propose dans cet article de les comprendre comme des réponses adaptatives complexes, enracinées dans le fonctionnement psychique du sujet et dans son rapport au corps, à l'environnement et à autrui. À travers cette approche, l'agitation motrice est envisagée comme un phénomène signifiant, qui peut remplir différentes fonctions :

Une première fonction attribuée à l'agitation par J.Bergès (1996) cité par Voyazopoulos, concerne le rôle de substitution de l'agitation face à une défaillance des enveloppes psychocorporelles. Dans cette perspective, l'enfant ne dispose pas d'une structuration suffisante de son enveloppe psychique pour contenir ce qui l'envahit de l'intérieur.

L'agitation viendrait alors suturer symboliquement cette faille, en produisant du mouvement pour tenter de réassurer les contours corporels et maintenir une forme de cohésion interne. (Voyazopoulos, 2001).

L'agitation motrice peut également remplir une fonction défensive, en venant masquer des états émotionnels sous-jacents, tels que des tendances dépressives ou régressives. Ce recours au mouvement incessant sert alors à maintenir à distance des éprouvés internes angoissants, en produisant un excès d'agir qui fait écran à la pensée et à l'affect. Derrière cette agitation peut donc se cacher une profonde fragilité psychique, que l'agitation vient recouvrir pour ne pas laisser émerger des vécus de vide, de tristesse ou d'impuissance. (Voyazopoulos, R., 2001).

Une fonction essentielle de l'agitation motrice, selon Voyazopoulos (2001), est celle de l'expression par le corps d'une tension interne difficilement maîtrisable. Lorsque l'enfant est traversé par un état d'excitation psychique intense, qu'il ne parvient ni à nommer ni à symboliser, le corps devient le principal vecteur d'expression de cette surcharge. L'agitation apparaît ainsi comme une décharge motrice, un moyen pour l'enfant de se libérer d'une excitation interne non psychisée, c'est-à-dire non transformée en représentation. Cette tension peut être liée à divers facteurs : un traumatisme psychique, une carence affective, ou encore un défaut du système pare-excitation. Issu de la théorie psychanalytique, ce concept désigne un dispositif psychique qui protège le sujet contre l'intrusion ou le débordement des excitations internes ou externes, en filtrant passivement les stimulations venant du monde extérieur (Halley & Azoulay, 2017). Chez certains enfants, explique Voyazopoulos, l'agitation motrice peut jouer un rôle de barrière de secours lorsque le pare-excitation interne est défaillant. Incapable d'absorber ou d'organiser ce trop-plein d'excitation, l'enfant s'agite alors dans un mouvement brut, à la fois expression et tentative de régulation somatique, mobilisée de manière répétitive pour contenir ce que l'appareil psychique ne parvient pas à traiter de façon symbolique. Dans ce contexte, l'environnement, et notamment la figure maternelle, peut ne plus remplir sa fonction contenant et être perçu au contraire comme une source supplémentaire d'excitation ou d'angoisse, amplifiant encore le besoin de recourir à cette agitation motrice protectrice. (Voyazopoulos, R., 2001)

Voyazopoulos met également en lumière le rôle de l'agitation motrice comme compensation à une fonction maternelle défaillante. Lorsque la mère, ou la figure

d'attachement principale, ne parvient pas à atténuer l'angoisse de l'enfant, ni à reconnaître ses signaux de détresse, l'enfant peut développer des comportements auto-apaisants à travers une agitation motrice répétée. Dans ce contexte, l'agitation n'est pas subie, elle est recherchée activement dans l'espoir de retrouver un certain équilibre interne. Le mouvement devient alors une tentative de réassurance, une forme d'auto-régulation construite en réponse à l'absence de contenance externe. Cette agitation peut donc revêtir un caractère auto-érotique compulsif, dans la mesure où elle permet un soulagement momentané mais ne menant pas à une véritable satisfaction. Cela souligne le caractère précaire et insatisfaisant de cette stratégie d'apaisement. (Voyazopoulos, R., 2001).

En somme, à travers l'approche psychodynamique de Robert Voyazopoulos, l'agitation motrice déploie une pluralité de sens, en effet, nous percevons qu'elle peut constituer l'individu un mode d'adaptation lorsque les ressources symboliques et représentatives sont insuffisantes. Ainsi dans cette perspective, il paraît pertinent et opportun de s'intéresser à une autre modalité d'expression motrice : les routines de décharge motrice, qui partagent avec l'agitation la dimension corporelle, tout en se distinguant par leur forme et leur structuration.

### **3. Les routines de décharge motrice**

#### **3.1 Les routines de décharge motrice comme outils de régulation psychocorporelle**

La décharge motrice peut être définie comme « toute action permettant une libération d'un trop-plein d'énergie ; nous dirons plutôt d'un trop-plein de tensions » (Labouesse & Laethem, 2016). Le corps et les agirs deviennent ainsi les lieux d'expressions privilégiés de tensions difficilement verbalisables. La personne en situation de plurihandicap trouve donc dans le mouvement un vecteur d'expression et d'auto-apaisement semblable à ce qu'elle peut rechercher par l'agitation. La décharge motrice joue ainsi un rôle essentiel dans la libération des tensions musculaires accumulées, en offrant à l'individu un espace où il peut mobiliser son corps de façon ample, expressive et sans jugement. Chez les individus présentant une agitation psychomotrice, le tonus musculaire est souvent marqué par des fluctuations importantes, oscillant entre hypertonie et hypotonie. Ces tensions

sont le reflet de l'état interne, où le corps devient le lieu d'accumulation des tensions émotionnelles et psychiques non exprimées ou symbolisées. La mise en mouvement au sein d'une séance de décharge motrice permet alors un passage par le corps, libérant progressivement les zones de crispation et favorisant un réajustement du tonus vers un état plus homogène et plus adapté. Comme le soulignent Verret et Massé, les stratégies corporelles telles que les exercices physiques, ou les techniques de relaxation musculaire se révèlent particulièrement efficaces pour atténuer les tensions physiologiques et musculaires provoquées par les émotions négatives. Ainsi, la décharge motrice contribue à restaurer une disponibilité corporelle, permettant à l'individu de mieux habiter son corps, de ressentir ses limites et d'expérimenter une sensation d'unité corporelle plus harmonieuse dans un cadre structuré et sécurisant.

Il apparaît donc essentiel de proposer un cadre structurant à cette énergie débordante, en organisant la décharge motrice sous forme de routines ritualisées. En effet, intégrer ces temps de décharge dans des routines, définie comme un « cadre bien établi, où s'enchaînent de manière ordonnée des actions répétées chaque jour » (Larousse, s. d.) permet d'offrir à l'individu des repères temporels et corporels stables. Les temps dédiés de routines sont alors de véritables organisations volontaires et cohérentes pensées et proposées comme un rituel d'apaisement qui répond aux besoins de l'individu. Anthony Giddens cité par Juan (2015) « définit la routine comme tout ce qui est accompli de façon habituelle, élément de base assurant « le maintien d'un sentiment de confiance, une sécurité ontologique dans les activités de la vie quotidienne » ».

Elles impliquent ainsi trois paramètres:

- Une sphère temporelle vécue comme une parenthèse institutionnalisée du temps. Cela implique une régularité, une structuration de la temporalité.
- Un espace lié au répétitif où les gestes répétés deviennent des automatismes régulateurs et protecteurs qui se réalisent selon un rituel non rigide favorisant les repères stables.
- Une sphère impliquant le psychomotricien dans sa relation à son patient dans la mesure où la qualité de la décharge motrice dépend de la solidité de cette relation et des possibilités qu'il offrira dans son contact au patient.

La mise en place de routines de décharge motrice apparaît donc comme un levier pertinent dans la régulation des tensions internes et la prévention des comportements désorganisés. Mais en quoi consistent-elles de manière concrète ? Comme le soulignent Claudia Verret et Line Massé « [Les routines de décharge motrice] permettent une

décharge des émotions contrôlées et non pas une suractivation chaotique. » (Verret & Massé, s. d.). Cette citation met en lumière l'importance d'un cadre structuré et ritualisé, capable de canaliser la motricité vers une expression plus contenue et adaptée. À l'inverse des débordements moteurs imprévisibles que l'on peut observer dans des contextes d'agitation psychomotrice, ces routines offrent un espace adapté et prévu pour accueillir la décharge. Elles permettent ainsi à l'individu de s'appuyer sur des repères constants pour transformer une décharge brute et désorganisée en un véritable outil d'autorégulation corporelle et émotionnelle. De plus, la récurrence de ce cadre permet de mieux structurer ces temps de décharge et contribue également à réduire l'anxiété liée à l'imprévisibilité.

Ces routines de décharge motrice permettent alors à l'individu d'expérimenter des contractions musculaires intenses dans son corps. Ces contractions fortes sont souvent perçues comme une étape nécessaire afin de pouvoir ressentir plus pleinement la détente lorsqu'elle survient. En permettant cette immersion dans des sensations corporelles intenses, les routines de décharge motrice facilitent le passage d'un état de tension et d'agitation désorganisé vers celui de la relaxation et de la détente.

C'est donc dans cette dynamique que la pratique de la décharge motrice devient un outil précieux, permettant d'articuler tensions et relâchements, et ainsi d'installer un état de mieux-être corporel et émotionnel, nous allons donc étudier, comment peut se vivre le continuum hypertonie/hypotonie et l'importance de l'équilibre tonico-émotionnel dans la décharge motrice.

### **3.2 Le continuum hypertonie/hypotonie et l'importance de l'équilibre tonico-émotionnel dans la décharge motrice**

Le tonus s'inscrit dans un continuum dynamique entre hyper et hypotonie, où l'équilibre tonique se module en fonction des différents états émotionnels, attentionnels et relationnels de l'individu. Certains individus éprouvent des difficultés à accéder spontanément à un état de détente corporelle, et ont besoin, pour cela, de passer par des sensations corporelles intenses. C'est avec des contractions particulièrement fortes de leurs muscles en sollicitant une tonicité élevée, qu'ils parviennent ensuite à percevoir plus finement la détente. Comme si le relâchement ne pouvait être senti qu'à partir d'un extrême opposé. Ce processus trouve un écho dans la méthode de relaxation progressive

élaborée par Edmund Jacobson, qui repose sur l'alternance volontaire entre tension musculaire et relâchement. En amenant la personne à contracter puis à relâcher différents groupes musculaires, cette méthode permet une prise de conscience des contrastes toniques et induit une détente corporelle progressive. Comme le montre la citation suivante « En contractant et décontractant volontairement des groupes musculaires spécifiques, on est à l'écoute de ce qui génère les tensions (contraction) pour ressentir immédiatement le relâchement (décontraction). Agir sur le tonus musculaire pour arriver à la détente psychique. » (Histel-Barontini, 2021). Ainsi, le passage par une tension contrôlée et dirigée devient un préalable nécessaire à l'accès au relâchement. Cette logique est également à l'œuvre dans la construction des routines de décharge motrice, qui s'appuient elles aussi sur des mises en tension musculaire fortes et dynamiques, pour permettre ensuite l'émergence d'un relâchement progressif, tant sur le plan corporel que psychique. L'activité motrice intense devient ainsi le socle à partir duquel peut s'installer une forme de détente durable et intégrée.

Cet éclairage théorique met ainsi en lumière les multiples répercussions que peut engendrer une situation de plurihandicap. Particulièrement la déficience intellectuelle et les troubles de l'intégration sensorielle qui ont un impact sur le développement global et identitaire de l'individu. Par ailleurs, l'analyse des comportements d'agitation a permis de dégager les fonctions et le sens qu'ils peuvent avoir pour l'individu. Dans cette perspective, il apparaît que la décharge motrice constitue une modalité d'expression régulatrice et adaptée de ces comportements. Cette décharge motrice peut s'opérer de différentes manières selon les besoins et les singularités de chaque individu. Certains vont rechercher une stimulation intense à travers des balancements, de la déambulation ou des comportements répétitifs. D'autres, au contraire, auront besoin d'activités plus structurées telles que des activités sportives dans le but de se défaire de leurs états internes désagréables. Dans le cadre de cette prise en charge, j'ai choisi d'orienter la décharge motrice de Hugo par le biais du sport et plus précisément de la course à pied. En effet, celle-ci constitue un support privilégié pour mobiliser le corps entier dans un cadre contenant, tout en jouant un rôle actif dans la modulation des états internes de l'individu.

# **PARTIE DISCUSSION**

## **PARTIE DISCUSSION**

Cette partie théorico-clinique vise à éclairer les mécanismes mis à l'œuvre dans la prise en charge psychomotrice de l'agitation de Hugo à travers la médiation de la course à pied. J'essayerai ainsi dans cette partie de répondre à ma problématique : **comment ces routines de décharge motrice peuvent-elles contribuer à réguler et prévenir les épisodes d'agitation chez un adulte en situation de plurihandicap ?**

Pour cela, dans un premier temps, nous développerons la spécificité psychomotrice de cette médiation, ainsi que son impact sur la santé mentale. Nous montrerons en particulier comment la course à pied, en tant qu'activité sensorimotrice riche, a permis de répondre au besoin intense de mouvement exprimé par Hugo. Dans un second temps, nous analyserons les éléments structurants du cadre thérapeutique mis en place, notamment l'importance de la routine et de la constance, qui ont joué un rôle clé dans la régulation de son agitation. Enfin, nous aborderons la dimension relationnelle de la prise en charge, en détaillant les processus par lesquels le lien et l'alliance thérapeutique se sont tissés et ont contribué de manière déterminante à l'apaisement et à la transformation des comportements de Hugo au fil du suivi.

### **1. La course à pied : une médiation porteuse en psychomotricité**

#### **1.1 Dans un premier temps, pourquoi la course à pied ?**

Lors de mon arrivée sur le lieu de stage, une demande a été formulée par l'équipe auprès de ma maître de stage concernant l'accompagnement de Hugo, notamment autour de la gestion de son agitation quotidienne, décrite comme particulièrement envahissante. En m'intéressant à son emploi du temps, j'ai rapidement constaté qu'aucun espace ne lui permettait de laisser s'exprimer cette agitation : celle-ci était soit contenue physiquement, dans l'espace restreint du patio, soit réprimée verbalement par des rappels à l'ordre. De rares moments de balançoire pouvaient également lui être proposés. Face à ce constat, j'ai décidé d'expérimenter dans un premier temps une sortie à l'extérieur afin de lui offrir la possibilité de déambuler librement et sans contraintes. Suite à cette initiative, ma maître de stage m'a fait part d'une ancienne pratique menée par une éducatrice ayant quitté l'établissement, qui consistait à accompagner Hugo dans des séances de course à pied. Cette activité, selon ses propos, était particulièrement appréciée par Hugo mais n'avait



malheureusement pas été reconduite après le départ de cette professionnelle. Cette information a conforté mon choix et m'a incité à envisager sérieusement cette médiation dans l'accompagnement de Hugo. Au-delà de l'aspect moteur, la médiation par la course à pied m'a semblé particulièrement pertinente pour Hugo. En effet, cette activité ouvre Hugo vers l'extérieur, vers un ailleurs symbolique et concret différent du quotidien institutionnel. Cette médiation permettait ainsi de lutter contre l'appauvrissement psychique et corporel engendré par le repli institutionnel, ainsi que contre la chronicisation progressive de ses troubles induite par la monotonie du cadre de vie institutionnel. Le seul fait de pouvoir évoluer à l'extérieur apporte déjà une oxygénation notable, un espace de respiration physique mais aussi psychique, lui offrant symboliquement et concrètement un véritable «bol d'air» hors des murs, ce qui me semblait être une première étape pour retisser un lien vivant au monde et à lui-même.

Dans un premier temps, mon choix de la course à pied comme médiation pour Hugo s'est basé essentiellement sur des observations empiriques et pragmatiques : Offrir à Hugo un espace extérieur pour canaliser et exprimer son agitation. Puis une analyse plus approfondie m'a permis d'identifier et d'apprécier pleinement la richesse psychomotrice de cette activité. En revisitant ma démarche à tête reposée, j'ai pu mettre en perspective les multiples implications psychomotrices que la course à pied engage pour Hugo, mobilisant précisément l'ensemble des fonctions psychomotrices. Dans cette partie nous allons désormais explorer les principales fonctions mobilisées et leur pertinence thérapeutique dans l'accompagnement de Hugo.

## **1.2 Les notions psychomotrices mobilisées par la course à pied**

Nous allons à présent successivement analyser l'impact de la médiation course à pied sur les différents aspects du fonctionnement psychomoteur de l'individu, en particulier la motricité globale, le tonus, la régulation tonique, le rythme ainsi que sur l'intégration sensorielle.

### **1.2.1 La motricité globale**

Le sport, en tant qu'activité physique organisée et structurée, sollicite de manière privilégiée la motricité globale, mettant en jeu l'ensemble du corps dans des mouvements coordonnés et dynamiques. Comme le souligne Louveau (2007), « le sport et, plus

généralement, les activités physiques constituent un espace où le corps est engagé en première instance ». Cette mobilisation globale du corps engage simultanément la posture, les appuis, l'ensemble des schèmes moteurs ainsi que tous les groupes musculaires de l'individu. Dans cette perspective, la course à pied apparaît elle aussi comme une activité sollicitant pleinement la motricité globale du sujet. Jean-Paul Pes (2005), dans son chapitre « Sept clefs pour bien courir », détaille précisément comment les différentes structures corporelles telles que le pied comme premier contact avec le sol, le bassin comme centre de gravité et de propulsion, le dos et les épaules dans la stabilisation, et la respiration comme soutien rythmique et régulateur participent de manière intégrée au processus de la course.

La course repose ainsi sur une orchestration fine des coordinations motrices, permettant au corps de produire un mouvement fluide, économique et efficace. À ce propos, Pes (2005, p. 64) rappelle que « la technique sportive correspond à une succession de coordinations motrices idéales ». Courir suppose ainsi l'articulation précise de plusieurs types de coordination : coordination intersegmentaire notamment entre membres inférieurs et supérieurs, coordination œil-pied pour l'anticipation des irrégularités du terrain, coordination entre la respiration et le mouvement, mais aussi coordination des différentes réactions posturales pour maintenir l'équilibre en mouvement. Chez Hugo, l'équilibre était initialement très précaire et nécessitait que je courre en me plaçant devant lui. A force de répétitions et d'expérimentations les coordinations motrices de Hugo se sont affinées et, comme nous l'avons vu dans la partie clinique, il est désormais capable de courir en se plaçant devant moi et d'anticiper les potentiels obstacles au sol et de s'ajuster en fonction de ce qu'il perçoit de son environnement. Cette amélioration peut également être en lien avec une meilleure conscience de son corps et des représentations corporelles plus abouties.

### **1.2.2 Le tonus et la régulation tonique**

La pratique sportive, et plus spécifiquement la course à pied, sollicite fortement la fonction tonique et sa régulation dynamique. Ainsi par exemple lorsque l'évolution se fait sur un terrain irrégulier l'adaptation tonico-posturale est sollicitée pour maintenir l'équilibre et la stabilité du corps. Jean-Paul Pes précise à cet égard qu'« une bonne régulation tonique permet une posture équilibrée, une meilleure coordination, une plus grande indépendance des membres supérieurs et une respiration plus ample » (2005, p 67) La régulation tonique est donc au cœur de la compétence motrice : elle est ce qui permet de passer

d'un mouvement brut à un geste habité, harmonieux et ajusté. La course à pied permet en outre une régulation naturelle du tonus, favorisant l'équilibre postural, la liberté gestuelle, ainsi qu'une coordination optimisée entre respiration et mouvement. En ce sens, elle contribue à développer chez l'individu une meilleure conscience et une meilleure modulation tonique, bénéfique tant sur le plan corporel qu'émotionnel. De plus, pour Pes (2005, p. 72), « le mouvement harmonieux implique une bonne régulation du tonus ». Il met donc en évidence le rôle central de la régulation tonique dans la fluidité et l'efficacité du geste moteur. En effet, courir ne nécessite pas seulement de mobiliser les différents groupes musculaires, mais également de les ajuster en permanence selon les besoins de l'action et du contexte environnemental. La régulation tonique ne se réduit donc pas à une simple contraction musculaire : elle désigne un processus constant d'ajustement entre tension et relâchement, selon la posture, le niveau d'effort requis, les perceptions sensorielles ou encore l'état émotionnel de la personne.

Chez Hugo les difficultés de régulation tonique se situent du côté d'une hypertonie permanente et perturbent en effet l'exécution du mouvement qui devient ainsi rigide, maladroit et non dissocié ce qui altère son efficacité et ses potentialités motrices. Pour Hugo, l'un des enjeux de la médiation par la course à pied est de lui permettre de relâcher sa carapace tonique et de réussir à moduler, même brièvement, sa fonction tonique. Comme nous l'avons vu précédemment dans la partie théorique, cette carapace tonique constitue une véritable entrave à la circulation fluide des sensations et des affects (Robert-Ouvray, 2014). En offrant à Hugo l'opportunité de ressentir son corps dans une modalité différente de celle de la tension profonde, il peut ainsi accéder progressivement à une meilleure écoute de son intériorité et de ses propres sensations corporelles. Ceci ouvrant un espace de disponibilité relationnelle où il était davantage en capacité d'exprimer des demandes ou de manifester ses besoins.

### **1.2.3 Le rythme**

Une autre composante psychomotrice importante mise en jeu dans la course à pied est la notion de rythme. Elle constitue en effet un aspect fondamental de la course à pied, celle-ci sollicitant différents niveaux rythmiques, internes comme externes, que le sujet doit constamment intégrer et réguler. Comme l'explique Pes, (2005, p. 85), « un être humain est soumis aux rythmes de son environnement ... à ses propres rythmes biologiques ... et à son rythme corporel qui le caractérise ». Courir en psychomotricité est, en ce sens, une activité particulièrement révélatrice de ces rythmes multiples : le sujet est amené à ajuster

son rythme individuel à celui d'autrui lorsqu'il pratique en dyade ou en groupe. Ce contexte social impose un dialogue non verbal permanent dans lequel chacun doit percevoir, anticiper et s'adapter au rythme de ses partenaires, développant ainsi ses capacités d'écoute tonique et d'ajustement relationnel. Cet ajustement s'est révélé initialement complexe pour Hugo : en début de prise en charge, il éprouvait de grandes difficultés à ralentir son allure, à s'harmoniser au rythme de l'autre et même de suivre un rythme en adéquation avec ses propres capacités. En effet, à plusieurs reprises Hugo commençait à courir très vite et s'arrêtait brusquement à bout de souffle témoignant ainsi d'une écoute insuffisante de ses propres sensations corporelles. Cependant, au fil des séances, cette capacité d'écoute et d'ajustement s'est sensiblement améliorée, Hugo est actuellement capable de courir sur de plus longues distances sans s'arrêter et je sens également qu'il maîtrise mieux sa respiration lors de l'effort. En effet, sur un plan individuel, courir engage également l'individu dans une écoute fine de ses propres rythmes internes, notamment biologiques, comme le rythme cardiaque et respiratoire. Ces rythmes physiologiques influencent directement la cadence et la régularité du mouvement, et leur régulation optimale permet de mieux gérer l'effort, l'endurance et l'efficacité du geste. Pes précise à ce propos que «c'est en connaissant bien notre rythme que nous pourrons mieux nous adapter à d'autres» (2005, p. 85). Autrement dit, la course à pied constitue une médiation privilégiée en psychomotricité pour apprendre à connaître et maîtriser son propre rythme corporel, favorisant ainsi une meilleure adaptation aux rythmes externes. Ce processus dynamique d'ajustement rythmique soutient non seulement l'équilibre psychomoteur de l'individu mais aussi son intégration dans l'environnement qui l'entoure.

#### **1.2.4 L'intégration sensorielle**

Benoît Lesage souligne que de nombreux pratiquants d'activités physiques, telles que le jogging, la danse, la randonnée ou les arts martiaux, éprouvent une sensation de détente au cours ou à l'issue de leur pratique. Cette détente résulte en partie de l'apprentissage progressif du contrôle de l'effort musculaire : savoir comment mobiliser certains groupes musculaires, comment organiser le geste et optimiser l'énergie déployée. Cela implique également d'apprendre à relâcher certaines zones du corps pour en activer d'autres plus efficacement. (Lesage, 2021). L'activité physique prend alors tout son sens dans la clinique psychomotrice en tant que médiation favorisant l'engagement corporel et l'ouverture à l'environnement tout en gardant une attention sur nos propres sensations et notre intériorité.

En ce sens, Pes (2005, p. 73) indique que « La conscience corporelle et les sensations facilitent la maîtrise de ses gestes ». Cette affirmation résonne particulièrement dans l'accompagnement psychomoteur de Hugo à travers la médiation course à pied. Comme nous l'avons observé en partie clinique, Hugo présente des hyposensibilités marquées sur le plan sensoriel ainsi que des comportements de recherche de sensations, notamment pour le sens proprioceptif, ce qui pourrait expliquer en partie son besoin permanent de mouvement et son agitation. Dans cette perspective, la course à pied s'est révélée être une médiation particulièrement adaptée, capable de lui procurer des sensations suffisamment intenses pour nourrir ses besoins sensoriels et lui permettre d'atteindre ses seuils. En effet, une fois ses seuils sensoriels atteints et son besoin de mouvement suffisamment satisfait, Hugo devient plus disponible pour se concentrer sur une tâche ou pour s'engager dans un temps calme, son agitation s'étant alors apaisée.

De plus, comme nous l'avons souligné précédemment dans la partie théorique, la perception et l'intégration sensorielle ne correspondent pas à une reproduction exacte de la réalité (Ayres & Robbins, 2005). En effet, le cerveau réalise une interprétation des stimuli captés par les organes des sens, qu'il organise et traite afin de produire une réponse adaptée. Ce processus d'intégration sensorielle est particulièrement sollicité par la pratique de la course à pied, qui mobilise toute la chaîne sensorielle, de la réception des stimuli à la réalisation d'une réponse motrice adaptée. Ainsi, courir exige de Hugo une intégration sensorielle assez efficiente pour lui permettre de traiter et d'organiser rapidement et correctement les stimuli issus de son environnement.

La course à pied stimule également l'intéroception, procurant de fortes perceptions sensorielles internes, telles que l'augmentation notable des rythmes cardiaques et respiratoires, la sensation de fatigue, ou encore la hausse de la température corporelle. Par ailleurs, cette activité engage fortement l'extéroception : la vue devient ainsi essentielle pour coordonner ses mouvements et anticiper son environnement. Le toucher est mobilisé tant par mes mains posées sur ses épaules, que par les sensations du vent sur son visage et les parties exposées de son corps. Enfin, le système proprioceptif est également fortement mobilisé par la course, sollicitant l'ensemble du corps et plus particulièrement les récepteurs articulaires et musculaires à travers la pose du pied au sol, le balancement rythmé des bras, ainsi que l'ajustement continu de la position du tronc, des hanches et des genoux. Ainsi, la course à pied a donc constitué un levier

essentiel pour nourrir les besoins sensoriels de Hugo. Ceci lui a permis d'abaisser ses comportements de recherche de sensation et donc de parvenir à mieux réguler son agitation.

### **1.3 Les effets spécifiques de la course à pied sur la santé mentale**

L'un des effets notables de la course à pied, bien documenté dans la littérature scientifique, concerne son impact positif sur l'humeur et la régulation émotionnelle. Une étude réalisée par Damrongthai et al (2021) a ainsi mis en évidence qu'une seule séance de course à pied d'intensité modérée, d'une durée de 10 minutes, induit une amélioration de l'humeur et une augmentation des fonctions exécutives, en favorisant une élévation des niveaux d'éveil. Ces effets sont notamment liés à l'activation de sous-régions préfrontales impliquées dans la régulation de l'humeur. Cet aspect est particulièrement intéressant lorsque l'on considère, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, que l'agitation peut également être comprise comme une tentative de lutte contre l'anxiété (Voyazopoulos, 2001). Plusieurs recherches ont ainsi exploré ce lien entre course à pied et santé mentale. Une revue de la littérature publiée par Oswald et al (2020) a notamment conclu que la course à pied présente des effets positifs significatifs sur la santé mentale, en particulier en ce qui concerne les troubles anxieux et dépressifs.

Sur le plan clinique, ces effets ont pu être observés dans l'accompagnement de Hugo. Début janvier, la maman de Hugo a traversé des difficultés personnelles qui ont eu pour conséquence une moindre disponibilité affective. Cette situation a provoqué une nette recrudescence des comportements défis chez Hugo : cris, agitation intense, et comportements auto-agressifs. Ce contexte a également eu un impact sur nos séances de course : Hugo manifestait davantage d'opposition, refusant de démarrer la séance, par exemple en restant assis au sol et en refusant de mettre ses chaussures. Toutefois après un temps de réassurance nous avons pu maintenir nos séances. Une fois l'activité réellement engagée, j'ai pu observer chez lui des signes clairs d'apaisement : comme des sourires et des rires. Bien que l'effet positif semblait à ce moment-là moins durable sur l'ensemble de la journée, il persistait néanmoins pendant un certain temps après la séance, durant lequel Hugo se montrait plus réceptif, plus apaisé, parfois allongé calmement dans le patio avec son casque de musique, presque paisible. Aujourd'hui, cet apaisement s'est renforcé et diffuse au-delà de l'espace des séances, Hugo parvenant même à maintenir un état de calme relatif jusqu'au soir, au moment du coucher.

Globalement, la médiation de la course à pied s'est révélée être un outil thérapeutique particulièrement riche, mobilisant l'ensemble des fonctions psychomotrices de Hugo. Cette médiation a également eu un impact important sur sa santé mentale, en participant à une diminution notable de son anxiété et en favorisant des états d'apaisement plus durables. Toutefois, ces effets n'auraient pu s'inscrire dans la durée sans la mise en place parallèle d'un cadre thérapeutique clair, structuré et régulier. C'est donc à présent sur les notions de cadre, de limites et de routine que nous allons porter notre attention, afin de comprendre comment ces éléments ont permis de canaliser l'agitation de Hugo et de soutenir les effets bénéfiques de la médiation course à pied.

## **2. Le cadre, les limites, la routine**

### **2.1 La nécessité de structurer l'accompagnement de Hugo: Le cadre**

Le cadre thérapeutique constitue une composante essentielle de tout accompagnement en psychomotricité. Comme le souligne Catherine Potel (2010), « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. » Cette définition met en lumière le rôle fondamental du cadre en tant que contenant psychique et matériel : il délimite non seulement un espace physique et temporel précis, mais il soutient également l'élaboration mentale nécessaire à tout travail thérapeutique. Dans l'accompagnement psychomoteur de Hugo, ce cadre thérapeutique se décline précisément selon ces trois dimensions : spatiale, temporelle, psychique. Le cadre spatial est clairement défini par des lieux distincts. Tout d'abord, la sortie à l'extérieur se fait systématiquement à partir de la salle de son groupe et se déploie dans l'ensemble du parc de l'IMEP, constituant ainsi un espace extérieur délimité et sécurisé, propice à l'expression motrice libre de Hugo. Le second temps se déroule ensuite dans la salle de psychomotricité, lieu destiné au temps de pressions profondes.

Le cadre temporel, quant à lui, est structuré par une séance d'une durée précise de quarante minutes, divisée en deux temps distincts : trente minutes consacrées à la course, suivies de dix minutes réservées aux pressions profondes. De plus, des rituels ont été instaurés afin d'accompagner cette structuration temporelle : La présentation d'un pictogramme indique systématiquement le début de la séance, boire un verre d'eau

marque symboliquement la transition entre les deux activités, et enfin, le geste de remettre les chaussures signifie clairement à Hugo la fin de notre temps ensemble.

Enfin, le cadre psychique s'appuie directement sur le projet thérapeutique initial que j'ai élaboré, et qui m'a permis de conceptualiser précisément cette prise en charge ainsi que d'anticiper ses effets d'un point de vue psychomoteur, comme développé dans la partie précédente de cette discussion théorico-clinique. De plus, comme le présente Caby (2012), la pratique d'une activité physique chez les personnes présentant un handicap mental peut contribuer à renforcer certaines capacités cognitives, notamment l'attention, la mémoire et le repérage spatio-temporel. Elle permet également de soutenir le développement de compétences motrices souvent fragilisées dans cette population, telles que la coordination, l'équilibre ou encore la vitesse. Cela met donc en lumière l'intérêt d'inscrire l'activité physique comme un levier thérapeutique global, capable d'agir aussi bien sur le plan moteur, le corps que sur les fonctions cognitives, l'esprit.

## **2.2 Le cadre comme outil de structuration interne**

L'observation des comportements de Hugo, en particulier son agitation et ses comportements défis, peuvent être compris comme une recherche active de limites externes venant faire écho à des limites internes encore mal construites. Dans cette optique l'agitation de Hugo peut prendre sens comme un besoin de se confronter physiquement et psychiquement aux différentes limites externes qui lui sont imposées. Il vient ainsi mettre à l'épreuve l'existence et la solidité de sa propre enveloppe corporelle. L'agitation peut alors apparaître comme la manifestation d'une tentative, certes maladroite, d'entrer en contact avec ces limites, afin d'en comprendre les contours et, à terme, d'essayer d'en intérioriser les fondements. Ainsi, lorsque Hugo refuse de suivre les consignes ou les règles imposées, cela révèle qu'il rencontre des difficultés à construire, ou à comprendre, lui-même les limites et des repères internes clairs et stables. Ses comportements d'opposition ne traduisent donc pas seulement une volonté de provoquer ou de s'opposer gratuitement, mais témoignent surtout de son besoin inconscient d'éprouver et d'intégrer des repères solides. En défiant les règles, il teste leur solidité et leur constance, espérant inconsciemment que ces limites extérieures lui permettront, à terme, de les intérioriser comme ses propres repères internes.



Ces manifestations traduisent donc plus largement l'organisation et l'intégration encore fragile des limites internes de son corps propre. Comme nous l'avons évoqué précédemment dans la partie théorique, la notion de « seconde peau » développée par E. Bick (citée par Antoine & Corde, 2008) fait référence à un mécanisme compensatoire qui vient suppléer la fonction de contenance lorsque la première peau psychique fait défaut. Cette seconde peau peut notamment prendre une forme tonique, musculaire, ou motrice, permettant à l'individu de tenter de maintenir une cohérence corporelle malgré la fragilité de ses limites internes. Chez Hugo, le surinvestissement de la fonction motrice à travers l'agitation peut ainsi être compris comme l'expression d'une défaillance dans l'intégration de cette première peau, incapable de jouer pleinement son rôle de barrière entre le dedans et le dehors.

Comme nous l'avons développé dans la partie théorique, Halley et Azoulay (2017) définissent la fonction de pare-excitation comme un filtre protecteur qui préserve le psychisme des excitations excessives en provenance du monde extérieur. Dans l'accompagnement de Hugo, c'est précisément le cadre thérapeutique qui vient remplir cette fonction essentielle. En instaurant des repères fixes et prévisibles, le cadre agit comme un rempart contre l'envahissement sensoriel et émotionnel, permettant ainsi à Hugo d'éprouver des expériences corporelles de manière plus contenue et sécurisante. Par ailleurs, le psychomotricien, à travers sa qualité de présence, son engagement corporel et relationnel, ainsi que par ses actions ajustées et structurantes, joue également un rôle actif dans ce processus. Il accompagne Hugo dans l'identification, la mise en sens et l'intégration progressive des multiples sensations qui le traversent, soutenant ainsi la construction d'une stabilité interne que Hugo, seul, a encore des difficultés à élaborer.

Ainsi, grâce à la mise en place d'un cadre régulier et prévisible, les séances initialement pensées comme des temps de décharge motrice pour Hugo se transforment progressivement en véritables routines au sens de « tout ce qui est accompli de façon habituelle, élément de base assurant « le maintien d'un sentiment de confiance, une sécurité ontologique dans les activités de la vie quotidienne » » (Giddens cité par Juan, 2015). Ce qui permet donc à une activité de se transformer en routine, ce n'est pas uniquement sa répétition mécanique, mais bien la régularité rigoureuse du cadre qui la contient, offrant au sujet des repères fixes et rassurants. Dans le cas de Hugo la déficience intellectuelle ne lui permet pas, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, d'avoir la capacité de se représenter, de penser son environnement et ses

limites, sa pensée restant ancrée dans l'immédiat et le concret. Cependant, par la constance des lieux, des temps et des rituels associés à chaque séance l'on peut essayer de favoriser une transformation : les repères peuvent s'imprimer peu à peu dans sa mémoire corporelle, structurant son vécu psychomoteur et lui permettant d'anticiper le déroulement des séances.

Pour Hugo, la répétition des mêmes repères spatio-temporels et rituels, séance après séance, est essentielle et permet progressivement l'intégration de ces éléments comme des appuis sécurisants. Ainsi, chaque élément stable du cadre thérapeutique joue un rôle essentiel en lui offrant un socle sur lequel il peut progressivement s'appuyer pour se structurer en favorisant la construction de ses repères internes et de ses propres limites psychocorporelles. Les effets structurants du cadre et de la routine se vérifient particulièrement lorsque les repères viennent à être modifiés ou rompus. La vignette clinique suivante illustre de manière concrète les conséquences d'un changement imprévu dans la régularité du cadre lors d'une de nos routines, mettant en évidence la fragilité des repères internes de Hugo et la fonction essentielle du cadre externe qui soutient son équilibre psychocorporel.

Lors d'une séance de nos routines de décharge motrice, un événement imprévu est venu perturber le déroulement habituel de la prise en charge. Des travaux avaient lieu ce jour-là dans le parc de l'IMEP, rendant notre parcours habituel impraticable pour des raisons de sécurité et de confort. Afin de pouvoir réaliser la séance, j'ai choisi de nous diriger vers un autre espace extérieur : le secteur des nouveaux locaux de l'IMEP, dans lesquels les jeunes doivent emménager à la rentrée suivante. Cette décision a dû être prise au moment même où nous sommes sortis, sans que j'aie pu en informer Hugo au préalable. Ce changement soudain dans la régularité du cadre et de la routine mise en place s'est rapidement manifesté par une désorganisation notable chez Hugo. Habituellement capable d'entrer dans l'activité de course avec une relative fluidité, il s'est retrouvé totalement déstabilisé par ce nouvel environnement inconnu : il n'arrivait plus à courir, semblait parasité par l'ensemble des stimuli environnants, et adoptait un comportement erratique. Hugo levait et tournait constamment la tête, explorant visuellement ce nouvel espace, déambulait sans direction claire, refusait de poser ses mains sur mes épaules comme il le faisait habituellement pour se mettre à courir, et se mordait la main à plusieurs reprises. De plus, son tonus apparaissait particulièrement élevé, bien au-delà de ce que j'observais d'ordinaire. À ce moment-là, j'ai tenté plusieurs approches pour le

réassurer, d'abord en cherchant à le recadrer verbalement dans l'activité, puis en essayant d'entrer en contact physique avec lui et d'accrocher son regard et son attention. Mais toutes ces tentatives sont restées vaines, tant la désorganisation provoquée par ce bouleversement du cadre était intense : Hugo n'était alors plus du tout accessible ni disponible à la relation. Cet épisode clinique illustre de façon marquante combien la stabilité du cadre et la régularité de la routine sont fondamentales pour Hugo, en soutenant à la fois son organisation psychique et corporelle. La régularité du cadre reste encore bien une condition indispensable pour maintenir son équilibre et son organisation psychocorporelle ainsi qu'un soutien à sa disponibilité relationnelle.

Ainsi, la mise en place d'un cadre régulier, contenant et prévisible ne se limite pas à structurer la séance sur un plan organisationnel et ne peut à lui seul parvenir à apaiser l'agitation de Hugo. Ce cadre constitue également le socle indispensable à l'émergence et à la consolidation de la relation thérapeutique. Les repères stables instaurés par la routine favorisent un sentiment de sécurité intérieure, condition préalable pour qu'Hugo puisse progressivement engager une véritable dynamique relationnelle. La relation thérapeutique se tisse peu à peu, soutenant la création d'une alliance fondée sur la confiance, la régularité et la constance. C'est donc dans la continuité logique de ce travail de structuration que nous allons désormais explorer la place du lien, de la relation et de l'alliance thérapeutique dans l'accompagnement psychomoteur de Hugo.

### **3 Le lien et la relation thérapeutique: Courir ensemble vers l'apaisement**

#### **3.1 Tisser le lien au rythme de l'autre : alliance et co-régulation avec Hugo**

L'objectif initial de l'accompagnement était d'agir principalement sur la réduction de l'agitation de Hugo. Toutefois, au fil des séances, grâce à la régularité, à la confiance mutuelle ainsi que par la notion de plaisir partagé, le lien et l'alliance thérapeutique ont pu progressivement se construire et prendre toute leur place dans le processus de soin. Selon plusieurs auteurs, l'alliance thérapeutique repose sur trois aspects fondamentaux : la collaboration active entre le thérapeute et le patient, la qualité du lien affectif établi, et leur capacité commune à s'entendre sur les buts et les modalités du traitement (Stubbe citée par Oldham, 2022). Dans le cadre de l'accompagnement de Hugo, et en raison de sa déficience intellectuelle, ces trois dimensions n'ont toutefois pas pu être mobilisées

avec la même intensité. En particulier, la dimension de l'entente explicite autour des objectifs thérapeutiques et des modalités de soin s'est avérée difficile à formaliser, Hugo n'étant pas en mesure d'élaborer verbalement ses attentes ni d'intégrer pleinement les finalités du dispositif. De ce fait, la construction de l'alliance s'est essentiellement appuyée sur les deux autres piliers : d'une part, la qualité du lien affectif qui s'est instauré progressivement. D'autre part, la mise en place d'une collaboration fondée sur le dialogue non verbal. La médiation de la course à pied, par sa nature sensorimotrice et sa dimension corporelle, a offert un terrain privilégié pour nourrir ce dialogue implicite : Hugo a ainsi pu s'inscrire dans une dynamique de co-régulation où ses mouvements, rythmes et réactions trouvaient des réponses ajustées à lui de ma part. Cette alliance, bien qu'essentiellement non verbale, a joué un rôle central dans l'apaisement de son agitation.

### **3.2 Le dialogue tonico-émotionnel quand la communication fait défaut**

Ce travail d'alliance, ancré dans le registre principalement infra-verbal, a progressivement ouvert la voie à un dialogue corporel plus subtil et plus profond. Dans cette continuité, le concept de dialogue tonico-émotionnel, développé par J. de Ajuriaguerra, s'est révélé particulièrement pertinent pour comprendre les mécanismes en jeu dans la relation thérapeutique avec Hugo. Selon cet auteur, « le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre » (cité par Bachollet & Marcelli, 2010). Cette dynamique, implicite et infra-verbale, s'est avérée particulièrement pertinente dans l'accompagnement de Hugo, dont les capacités d'élaboration verbale étaient limitées.

Initialement, les temps de pressions profondes n'étaient pas prévus dans l'accompagnement ni dans le déroulement de mes séances. Cependant, nous nous sommes rapidement rendu compte, avec l'équipe, que réintégrer Hugo directement dans son groupe après la séance de décharge motrice, sans transition, le laissait dans une modalité d'excitation trop élevée pour qu'il puisse être véritablement disponible aux tâches demandées. Afin de mieux structurer mes séances je me suis appuyé sur l'infographie de Verret et Massé (s.d), qui mentionnent que les routines de décharges motrices nécessitent de mettre en place un temps de détente à la fin de la séance. J'ai donc choisi d'intégrer un temps de pressions profondes à la fin de ces routines. À travers ces temps, j'ai cherché à transmettre à Hugo une présence tonico-émotionnelle précise, en ajustant mon propre tonus et par l'accordage de ma prosodie, afin qu'il puisse s'y

appuyer pour trouver un apaisement et accéder à une détente tonique. J'ai interprété la détente progressive observée chez Hugo lors de ces temps, comme nous l'avons vu dans la partie clinique, à la lumière de l'hypotonie de confiance décrite chez le nourrisson : un relâchement corporel qui témoigne d'un sentiment de confiance suffisant pour lâcher prise, révélateur d'une avancée significative dans la construction du lien et de la relation thérapeutique. Au-delà de leur effet apaisant, ces pressions apportent à Hugo des sensations corporelles qui répondent à ses hyposensibilités tactiles et proprioceptives, en lui permettant de percevoir plus nettement les limites de son corps dans sa globalité. Par ailleurs, d'un point de vue biomécanique, presser un muscle contribue à lui redonner de l'élasticité en apportant un léger étirement, favorisant ainsi une meilleure fluidité et apportant un peu de souplesse à son corps souvent enraidit et contracté. Enfin, ces temps spécifiques permettent aussi de lutter contre la chronicisation et l'appauvrissement sensoriel liés au contexte institutionnel, en offrant à Hugo de nouvelles sensations et une mise en mouvement de ses muscles autrement.

Il importe cependant de souligner que cette relation, bien que teintée d'affectivité et empreinte de proximité corporelle, ne relevait en rien d'une dynamique fusionnelle ou maternelle. Elle constituait un moyen d'action thérapeutique structurant, visant à soutenir Hugo dans son processus d'individuation et de différenciation. Ainsi, en l'aidant à mieux contenir ses débordements émotionnels et corporels, ce travail a favorisé sa disponibilité relationnelle et a consolidé la confiance qu'il m'a progressivement accordée, condition essentielle pour qu'il puisse évoluer avec plus de structuration et d'adaptation dans son environnement.

Ainsi, le dialogue tonico-émotionnel a contribué à poser les bases solides du lien thérapeutique, mais il convient d'élargir la réflexion à la spécificité du lien qui se tisse en psychomotricité. Comme le soulignent Gatecel et al. (2012), « le psychomotricien sera un support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives pour le sujet (enfant ou adulte) ». Cette citation éclaire de manière pertinente le travail mené auprès de Hugo : la relation établie ne se limite pas à une simple interaction fonctionnelle, mais devient un véritable contenant psychique et corporel qui laisse des empreintes durables. Nous avons observé dans la partie clinique que son comportement pouvait varier significativement selon le professionnel responsable de lui, notamment lors des temps de repas. Cette observation illustre la dimension centrale de la qualité du lien : lorsque Hugo se trouve en relation avec un professionnel qui a su construire avec lui un

lien suffisamment étayé et contenant, son agitation trouve d'autres voies d'expressions. Au lieu d'exprimer son inconfort par des gestes brusques ou des cris, il tente par exemple d'entrer en relation à travers des comportements plus adaptés, tels que l'humour. Toutefois, cette dynamique relationnelle est réciproque : les professionnels qui ont développé une relation singulière avec Hugo sont également mieux outillés pour comprendre ses besoins implicites, donner du sens à ses comportements et y répondre avec justesse. Ce travail nécessite cependant une disponibilité psychique importante, qui peut faire défaut dans les contextes institutionnels où les professionnels sont sollicités de manière intense et doivent gérer la diversité des profils et des problématiques des jeunes accueillis au quotidien.

### **3.3 Renforcer le pouvoir d'agir : l'agentivité au cœur du lien thérapeutique**

Cette dynamique relationnelle a ainsi posé les bases de l'alliance thérapeutique, mais un autre aspect essentiel a également contribué à la mise en place et à la solidité de cette alliance : le soutien de l'agentivité de Hugo. Nous avons vu que son agitation pouvait traduire en réalité l'expression de ses besoins internes et de limites personnelles encore fragiles et déficitaires. L'un des leviers thérapeutiques a donc consisté à favoriser son sentiment d'exister en tant que sujet capable d'agir. Concrètement, ce soutien du processus de différenciation et d'individuation s'est traduit, dès les premières séances, par la possibilité pour Hugo d'être maître de plusieurs paramètres de la prise en charge comme nous l'avons vu dans la partie clinique. Dans un premier temps, en lui laissant imprimer le rythme de course et en le laissant gérer l'alternance des temps de course et de pause. Progressivement, cette autonomie s'est étendue à d'autres aspects, notamment lorsque je lui ai permis de se placer devant moi lors des séances, en lui donnant symboliquement la position de guide. Ce positionnement thérapeutique a permis la mise en place d'une double dynamique : en me plaçant comme soutien bienveillant à ses côtés, je lui montrais qu'il pouvait s'appuyer sur moi sans être entièrement assisté, et, en même temps, je lui témoignais ma confiance en lui laissant une marge de décision et d'action prémices à l'autonomie. Cette posture consistait donc à lui laisser faire, tout en restant en appui discret mais constant, afin de lui offrir la possibilité de dépasser ses difficultés tout en se sentant accompagné et soutenu. Le concept d'agentivité, défini par Jézégou (2022) comme « la capacité de l'être humain à agir de façon intentionnelle sur lui-même, sur les autres et sur son environnement », prend ici tout son sens. Soutenir

cette agentivité revient à renforcer la place de Hugo comme sujet différencié, capable de prendre conscience de son pouvoir d'agir et de ses compétences propres. Ce renforcement progressif de sa confiance en lui a été un pilier fondamental pour permettre au lien thérapeutique de se tisser en profondeur et de s'inscrire dans la durée.

### **3.4 Soutenir le relâchement pour entrer en interaction**

Le travail autour du relâchement tonique a également joué un rôle déterminant dans l'évolution des comportements de Hugo et dans sa disponibilité relationnelle. La notion de « carapace tonique », développée par Suzanne Robert-Ouvray (2014), ainsi que celle de « seconde peau musculaire » (Bick cité par Antoine & Corde, 2008), offrent un éclairage précieux pour comprendre les enjeux psychocorporels observés. Comme nous l'avons vu précédemment, ces concepts désignent les défenses corporelles mises en place par le sujet pour se protéger d'un environnement perçu comme insécurisant ou envahissant. Pour Hugo, ces défenses se manifestent par une hypertonie marquée, véritable enveloppe défensive face à ses angoisses. Réussir à l'accompagner vers un lâcher-prise progressif de cette carapace a constitué une étape fondamentale pour lui permettre de s'ouvrir davantage au lien et de se rendre plus disponible dans la relation thérapeutique. Comme le souligne Pes, « aux fluctuations de notre psychisme vont correspondre des modifications toniques » (Pes, 2005, p. 46), ce qui met en lumière l'interdépendance étroite entre l'état psychique et le tonus corporel. Cette ouverture s'est traduite non seulement par une capacité accrue à entrer en interaction, mais aussi par une transformation de ses comportements d'agitation. Là où il exprimait auparavant son inconfort par des mouvements brusques ou des cris, il a pu mobiliser d'autres registres plus adaptés socialement, tels que l'humour ou l'accès à des demandes ajustées.

En définitive, cette discussion théorico-clinique met en évidence la richesse et la pertinence de la course à pied comme médiation dans l'accompagnement de la gestion de l'agitation de Hugo. En mobilisant l'ensemble des fonctions psychomotrices et en répondant notamment à ses besoins sensoriels, cette activité a permis non seulement une régulation tangible de son agitation, mais aussi une ouverture progressive à la relation thérapeutique. Soutenue par un cadre structurant et une alliance fondée sur la régularité et la confiance cette prise en charge a favorisé chez Hugo un apaisement de ses comportements d'agitation, une meilleure écoute de lui-même et de ses propres besoins.

# CONCLUSION



## CONCLUSION

Chaque individu, chaque patient rencontré tout au long de mon cursus a contribué à me construire en tant que futur professionnel, marquant bien souvent un avant et un après dans la perception que je pouvais avoir de l'accompagnement psychomoteur. Intervenir auprès de personnes en situation de poly et de plurihandicap a été un véritable voyage humain, riche en émotions et en apprentissages. Être confronté à ces jeunes m'a offert la possibilité d'humaniser encore davantage ma pratique, en cultivant la patience, l'empathie et la créativité. La diversité des patients que j'ai rencontrés et leurs histoires singulières ont rendu ces stages extrêmement formateurs et enrichissants pour moi.

Ce travail de mémoire est né d'une intuition, presque d'une plaisanterie : « S'il a besoin de bouger, on n'a qu'à le faire courir ! » Ce propos, lancé avec légèreté entre deux portes est devenu le point de départ d'une réflexion plus approfondie et d'un accompagnement thérapeutique riche en enseignements auprès de Hugo

Finalement, l'alliance thérapeutique construite progressivement avec Hugo s'est révélée être un levier majeur dans la gestion et la transformation de ses comportements d'agitation. La qualité du lien établi, fondée sur un travail patient de sécurisation affective, de dialogue tonico-émotionnel et de soutien de son agentivité, a permis à Hugo de trouver un espace contenant où il a pu se sentir reconnu, soutenu et valorisé en tant que sujet. Cette alliance, bien que principalement non verbale, a offert à Hugo des repères constants lui permettant d'abaisser progressivement les compensations toniques qu'il avait mises en place et d'entrer dans une dynamique relationnelle plus ouverte et ajustée. À mesure que le contrôle de son tonus s'améliore, sa disponibilité psychique et relationnelle s'accroît, rendant possibles des interactions de meilleure qualité et des comportements socialement plus acceptables. Le fait de renforcer sa confiance en lui et de soutenir son pouvoir d'agir a également favorisé un mouvement de différenciation et d'individuation, essentiel pour qu'il puisse trouver des stratégies d'adaptation plus fonctionnelles. Enfin, la médiation corporelle de la course à pied, en mobilisant à la fois ses ressources physiques et émotionnelles, a joué un rôle fondamental dans l'établissement de cette alliance : non seulement elle a servi de support au lien thérapeutique, mais elle a également suscité chez Hugo un plaisir manifeste à être en mouvement et à partager cette expérience dans un cadre sécurisant, renforçant ainsi la

qualité et la profondeur du lien construit au fil du temps et lui permettant une meilleure gestion de son agitation.

Sur le plan personnel et professionnel, cet accompagnement m'a permis de prendre conscience de manière concrète et sensible de l'impact profond que peuvent avoir les différentes déficiences sur la construction identitaire de l'individu, son rapport à son corps et à son environnement. Ce travail m'a également confirmé à quel point la qualité relationnelle constitue le socle indispensable de toute démarche thérapeutique en psychomotricité.

La temporalité de ce stage reste cependant fort courte au regard des besoins d'une situation aussi complexe que celle de Hugo. Chez les personnes en situation de plurihandicap, l'intégration de nouvelles expériences et de nouvelles acquisitions nécessitent du temps, de la répétition et une grande constance dans l'accompagnement. Toute évolution, si minime soit-elle, s'inscrit dans un processus lent, qui demande que les dispositifs mis en place soient maintenus et soutenus dans la durée. Ainsi, les ajustements observés chez Hugo, en lien avec la régulation de son agitation, ne peuvent se pérenniser que s'ils s'ancrent dans une continuité institutionnelle et relationnelle. Cette réalité met en lumière les limites inhérentes à la temporalité du stage : si l'étudiant peut initier une dynamique, il ne peut en garantir la poursuite sans une transmission rigoureuse et un relais conscientisé au sein de l'équipe.

Ce travail de mémoire s'inscrit donc dans un temps clinique qui, par définition, se poursuivra au-delà de ma présence. Une question essentielle se pose ainsi : comment réussir à pérenniser cet accompagnement à la fin de mon temps de présence, en limitant l'impact affectif et le risque de désorganisation pour Hugo ? L'enjeu est désormais de transmettre aux équipes en place les outils, les repères et les stratégies qui ont été mis en place, afin que Hugo puisse continuer à bénéficier d'un cadre structuré, de routines de décharge motrice adaptées et d'une qualité relationnelle sécurisante pour lui. Plus largement, cela ouvre des perspectives de réflexion sur la place des médiations corporelles et des routines dans l'accompagnement psychomoteur des adultes en situation de plurihandicap, et sur la manière dont les institutions peuvent soutenir la continuité et la qualité de ces interventions, même face aux aléas des parcours professionnels.

Il est des patients qui touchent, qui bousculent, qui déroutent, mais chaque patient fait émerger un questionnement, sur lui, sur nous, sur l'institution. Nous devons accueillir cette possibilité d'interroger nos pratiques et cette richesse d'être dans un processus réflexif grâce à leurs parcours. Il est des patients fondateurs, Hugo en sera un pour moi.

# **Bibliographie**

## BIBLIOGRAPHIE

- Antoine, M.-A., & Corde, P. (2008). De l'agrippement à une seconde peau musculaire vers une peau psychique plus souple. In *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick* (p. 225-243). éres.  
<https://doi.org/10.3917/eres.delio.2008.01.0225>
- Ayres, A. J., & Robbins, J. (2005). *Sensory Integration and the Child: Understanding Hidden Sensory Challenges*. Western Psychological Services.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19.  
<https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Caby, I. (2012). Handicap mental : Vivre bien, vivre mieux grâce à l'activité physique. In *Sport adapté, handicap et santé* (p. 367-375). Éditions AFRAPS.  
<https://doi.org/10.3917/afraps.compt.2012.01.0367>
- Canguilhem, G. (2013). I. Introduction au problème. *Quadrige*, 11-22.
- CCAH. (s. d.). *Les-differents-types-de-handicap—CCAH*. Consulté 10 avril 2025, à l'adresse <https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
- Ciccone, A. (2009). Potentialités incestuelles et mise en histoire générationnelle dans les contextes de handicap. *Le Divan familial*, 22(1), 65-80.  
<https://doi.org/10.3917/difa.022.0645>
- CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. (s. d.). Consulté 10 mai 2025, à l'adresse <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr#605267007>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (avec American psychiatric association). (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Damrongthai, C., Kuwamizu, R., Suwabe, K., Ochi, G., Yamazaki, Y., Fukuie, T., Adachi, K., Yassa, M. A., Churdchomjan, W., & Soya, H. (2021). Benefit of human moderate running boosting mood and executive function coinciding with bilateral

- prefrontal activation. *Scientific Reports*, 11, 22657. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01654-z>
- Degorre, S. R. (2023). La mesure de l'agitation. *Rue Descartes*, 104(2), 135-150. <https://doi.org/10.3917/rdes.104.0135>
- Écotière, M.-A., Pivry, S., & Scelles, R. (2016). Grandir avec un handicap : La transition adolescente. *Contraste*, 44(2), 229-251. <https://doi.org/10.3917/cont.044.0229>
- Esquirol, É.-1840) A. du texte. (1838). *Des maladies mentales : Considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. (Vol. 2). <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k85089d>
- Fidalgo, D. F. (2022). L'enfant et l'adolescent polyhandicapés, sa famille et le processus d'attachement. *Contraste*, 55(1), 243-261. <https://doi.org/10.3917/cont.055.0243>
- Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Corraze, J. (2012). Chapitre 9. La relation en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 327-351). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0327>
- Halley, C., & Azoulay, C. (2017). Le pare-excitation à l'épreuve des symptômes dermatologiques à l'adolescence : Éclairage de la clinique projective. *Psychologie clinique et projective*, 23(1), 245-266. <https://doi.org/10.3917/pcp.023.0245>
- handicap.agriculture.gouv.fr. (2025, janvier 2). *Déficiences motrices et situations de handicap*. Situations de handicap | S'informer et travailler au Ministère de l'Agriculture. <https://handicap.agriculture.gouv.fr/deficiences-motrices-handicap-moteur-a368.html>
- Histel-Barontini, L. (2021). Outil 11. La relaxation progressive de Jacobson. *BàO La Boîte à Outils*, 46-47.

- Jézégou, A. (2022). Agentivité. In *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (Vol. 2, p. 41-44). De Boeck Supérieur.  
<https://doi.org/10.3917/dbu.jorro.2022.01.0041>
- Juan, S. (2015). Le concept de routine dans la socio-anthropologie de la vie quotidienne. *Espace populations sociétés. Space populations societies*, 2015/1-2, Article 2015/1-2. <https://doi.org/10.4000/eps.5935>
- Kilroy, E., Aziz-Zadeh, L., & Cermak, S. (2019). Ayres Theories of Autism and Sensory Integration Revisited: What Contemporary Neuroscience Has to Say. *Brain Sciences*, 9(3), 68. <https://doi.org/10.3390/brainsci9030068>
- Knéra-Renaud, L. (2020). Des effets du confinement lors d'une thérapie familiale psychanalytique : Limitation de l'agitation psychomotrice et émergence d'affects dépressifs. *Enfances & Psy*, 87(3), 50-59. <https://doi.org/10.3917/ep.087.0050>
- Labouesse, S., & Laethem, N. V. (2016). Outil 24. La décharge motrice. *BàO La Boîte à Outils*, 76-77.
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Routine - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 21 avril 2025, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/routine/70117>
- Lesage, B. (2021). Tonicité : Modulation, accordage, expressivité et rencontre. *À corps*, 119-174.
- Louveau, C. (2007). Le corps sportif : Un capital rentable pour tous ? *Actuel Marx*, 41(1), 55-70. <https://doi.org/10.3917/amx.041.0055>
- Merleau-Ponty, M. (1976). *Phénoménologie de la perception* (Gallimard).
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept Evolution in Sensory Integration: A Proposed Nosology for Diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.135>

- Nader-Grosbois, N. (2020). Chapitre 7. Déficience intellectuelle. *Ouvertures Psy - LMD*, 2, 219-293. <https://doi.org/10.3917/dbu.nader.2020.01.0219>
- Oldham, J. M. (2022). The Therapeutic Alliance. *Journal of Psychiatric Practice*, 28(5), 353. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000657>
- OpenAI. (2024). ChatGPT (Version 20 juin 2024) [Logiciel]. <https://openai.com/chatgpt>
- Oswald, F., Campbell, J., Williamson, C., Richards, J., & Kelly, P. (2020). A Scoping Review of the Relationship between Running and Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), Article 21. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218059>
- Pes, J.-P. (2005). *Le bonheur de courir, se réaliser par la course à pied* (Jouvence).
- Potel, C. (2010). 2. La question du cadre thérapeutique:La contenance, les limites, le corps. In *Être psychomotricien* (p. 321-345). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.potel.2010.01.0321>
- Robert-Ouvray, S. (2014). *Journées franco-italiennes de psychomotricité et de réhabilitation neuro-psychomotrice « Les gestes qui soignent » Milan les 4, 5 et 6 avril 2014.*
- Verret, C., & Massé, L. (s. d.). *Comment aider l'enfant a mieux gerer ses emotions.* Consulté 21 avril 2025, à l'adresse [https://cqjdc.org/files/Coffre\\_a\\_outils/CQJDC\\_Comment\\_aider\\_lenfant\\_a\\_mieux\\_gerer\\_ses\\_emotions.pdf](https://cqjdc.org/files/Coffre_a_outils/CQJDC_Comment_aider_lenfant_a_mieux_gerer_ses_emotions.pdf)
- Voyazopoulos, R. (2001). Enfant instable, enfant agité, enfant excité. *Enfances & Psy*, 14(2), 26-34. <https://doi.org/10.3917/ep.014.0026>
- World Health Organization. (2009). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. *International statistical classification of diseases and related health problems*, 234.



# **TABLE DES ANNEXES**

## **TABLE DES ANNEXES**

Annexe I : Grille d'observation de l'agitation psychomotrice lors du temps de repas

Annexe I : Grille d'observation de l'agitation psychomotrice lors du temps de repas

	Entrée	Plat	Dessert
Se lève ou essaye de se lever			
Frappe des mains / Frappe le sol avec les pieds			
Balancements du tronc			
Autoagressivité (se mord / se frappe...)			
Vocalisations			
L'agitation a-t-elle entraîné la fin prématurée du repas ?			

- **Facteurs environnementaux** : Nombre de personnes présentes dans la pièce :

L'agitation se manifeste-elle quand il y a du mouvement dans la pièce :

- **Réponses à des tentatives de régulation** (verbalisation / Signes, contenance physique) :

Temps nécessaire pour se calmer (immédiat, quelques minutes, arrêt du repas) :

Pour le mémoire de Médrick Bernal :

Vu par le maître de mémoire le

13/05/2025 : Noémie

Bel

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Noémie Bel', with a stylized flourish at the end.

**Auteur : Médrick BERNAL**

**Titre :** Courir ensemble vers l'apaisement : La place des routines de décharge motrice dans la régulation de l'agitation

**Mots – clés**

Routines de décharge motrice – Plurihandicap - Agitation psychomotrice - Course à pied - Alliance thérapeutique

Motor discharge routines – Multiple disabilities - Psychomotor agitation - Running  
- Therapeutic alliance

**Résumé :**

Au cours de mon stage dans un Institut Médico-Éducatif spécialisé dans l'accompagnement de personnes en situation de polyhandicap, j'ai rencontré Hugo, un jeune homme de 22 ans atteint d'une anomalie génétique extrêmement rare, responsable d'une situation de plurihandicap. Parmi les nombreuses difficultés qu'il présente, l'agitation psychomotrice constitue un enjeu majeur pour l'équipe pluridisciplinaire. Ce mémoire s'attache donc à analyser cette expérience et à répondre à la question suivante : comment les routines de décharge motrice peuvent-elles contribuer à prévenir et réguler les épisodes d'agitation chez un adulte en situation de plurihandicap ?

During my internship in a Special Education Institute specializing in the care of people with profound and multiple disabilities, I met Hugo, a 22-year-old man with an extremely rare genetic anomaly that resulted in a condition of various disabilities. Among the many challenges he faces, psychomotor agitation is a major issue for the multidisciplinary team. This thesis therefore focuses on analyzing this experience. It seeks to answer the following question: how can motor discharge routines help prevent and regulate episodes of agitation in an adult with multiple disabilities?