



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

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/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 Xavier PERROT

L'épilepsie et ses ab-sens, dépourvu de sens
Vers la contenance psychocorporelle chez un patient épileptique

Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Marie PÉTIN

Juin 2021 (Session 1)

N°1659

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 Xavier PERROT

L'épilepsie et ses ab-sens, dépourvu de sens
Vers la contenance psychocorporelle chez un patient épileptique

Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Marie PÉTIN

Juin 2021 (Session 1)

N°1659

Directrice du Département Psychomotricité
Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

REMERCIEMENTS

Le temps est venu de remercier toutes ces personnes qui m'ont aidées dans l'élaboration de ce travail et c'est avec joie mais aussi pincement au cœur que j'écris ces mots :

D'abord, je tiens à remercier ma maître de mémoire, Mathilde Ziolkowski Chalendard, qui a toujours été présente pour m'aiguiller, me relire mais surtout, me soutenir et m'encourager dans mes moments de doute.

Je remercie également ma maître de stage, Rachel Lafond, qui a su me faire partager sa pratique avec passion et bienveillance. Ses connaissances et ses précieux conseils m'ont permis d'en apprendre toujours plus.

Mais aussi un grand merci à

Ambre, Marie D, Emma, Marie H, Claire, Charlène et Elsa, mes copines, mes acolytes, mes alliées, pour leur joie, leur bonne humeur et surtout leur aide,

Ma mère, pour le temps qu'elle m'a consacré,

Ma sœur, qui m'a donné du courage et des conseils en or,

Ma famille, pour leur présence et leur soutien inconditionnel malgré la distance,

Lola, ma marraine de cœur qui a toujours été présente durant mes trois années de formation,

L'équipe pédagogique, mes amis de promotion,

Tous les patients et tous les professionnels, qui ont contribué à cette belle aventure et ce beau métier qui m'attend.

SOMMAIRE

LEXIQUE	
INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : PARTIE THÉORIQUE	
1. UNE PREMIÈRE CONSTRUCTION DE SOI DANS LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR.....	3
1.1 LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE	3
1.1.1 <i>L'apport de D.W Winnicott.....</i>	3
1.1.2 <i>D. Anzieu et son concept de Moi-peau.....</i>	5
1.1.3 <i>J. Lacan et la connaissance de soi</i>	8
1.1.4 <i>Se sentir lié et attaché pour se sentir en sécurité.....</i>	8
1.2 LE DÉVELOPPEMENT CORPOREL.....	9
1.2.1 <i>Le dialogue tonique.....</i>	9
1.2.2 <i>Le tonus : la base de la contenance et du sentiment de soi</i>	10
1.2.3 <i>Du schéma corporel à la connaissance de son corps, les piliers de notre intégrité psychocorporelle.....</i>	11
1.3 SE CONSTRUIRE À TRAVERS LE TEMPS, L'ESPACE ET LE TEMPS	13
1.3.1 <i>Le mouvement : un engagement corporel structurant</i>	14
1.3.2 <i>Le temps : les prémices d'une stabilité.....</i>	14
1.3.3 <i>Se spatialiser pour habiter son corps.....</i>	15
2. L'ÉPILEPSIE ET SES DÉSORDRES PSYCHOCORPORELS	16
2.1 QU'EST-CE QUE L'ÉPILEPSIE ?.....	16
2.2 CLASSIFICATION DES CRISES ÉPILEPTIQUES	16
2.3 ÉTIOLOGIE DE L'ÉPILEPSIE	17
2.4 LES TRAITEMENTS DE L'ÉPILEPSIE	18
2.4.1 <i>Les traitements médicamenteux et les effets indésirables.....</i>	18
2.4.2 <i>L'épilepsie pharmacorésistance</i>	19
2.4.3 <i>Les autres interventions possibles.....</i>	19
2.5 LES DÉSORDRES PSYCHOCORPORELS LIÉS À L'ÉPILEPSIE	20
2.5.1 <i>Apparition de la maladie, entre basculement et imprévisibilité.....</i>	20
2.5.2 <i>Manifestations de la maladie.....</i>	21
PARTIE 2 : PARTIE CLINIQUE.....	
1. MON ARRIVÉE DANS UN UNIVERS INCONNU	25

1.1	PRÉSENTATION DU CENTRE	25
1.2	PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT	26
1.3	DÉCOUVERTE DE LA STRUCTURE.....	27
2.	PRÉSENTATION DE THOMAS	28
2.1	DESCRIPTION PHYSIQUE	28
2.2	ANAMNÈSE	28
2.3	DESCRIPTION DE SON ÉPILEPSIE	30
2.4	LE CHOIX DU PATIENT : POURQUOI THOMAS ?	31
3.	LE SUIVI EN PSYCHOMOTRICITÉ	31
3.1	LE BILAN PSYCHOMOTEUR.....	31
3.2	LE PROJET DE SOIN	34
3.3	HISTOIRE DE LA PRISE EN SOIN.....	34
3.4	LA PREMIÈRE RENCONTRE AVEC THOMAS.....	34
3.5	PLACE QUE J'OCCUPE DEPUIS MON ARRIVÉE.....	35
4.	LES SÉANCES DE PSYCHOMOTRICITÉ	36
4.1	LORSQUE L'INSTABILITÉ PREND LE DESSUS.....	36
4.2	L'EXPÉRIENCE DU CALME	38
4.2.1	<i>Première séance avec la méthode Bergès</i>	<i>38</i>
4.2.2	<i>Quelques séances plus tard</i>	<i>39</i>
4.3	LA MÉDIATION CANINE : UN APPUI GROUPAL SOUTENANT ET PORTEUR	40
4.4	UNE ÉVOLUTION PSYCHOMOTRICE	42
PARTIE 3 : PARTIE THÉORICO-CLINIQUE		
1.	THOMAS ET SON INSÉCURITÉ.....	44
1.1	UNE ANGOISSE OMNIPRÉSENTE	44
1.1.1	<i>Qu'est-ce que l'angoisse ?.....</i>	<i>44</i>
1.1.2	<i>Les angoisses archaïques.....</i>	<i>45</i>
1.1.3	<i>Les conséquences à long terme.....</i>	<i>46</i>
1.2	LA FONCTION MATERNELLE ENTRAVÉE ET SES RÉPERCUSSIONS	47
1.3	L'INSTABILITÉ PSYCHOMOTRICE DE THOMAS	48
1.3.1	<i>L'instabilité psychomotrice, un symptôme pour maîtriser son corps ?</i>	<i>49</i>
1.3.2	<i>Un corps en quête de contenant ?.....</i>	<i>49</i>
2.	UNE RÉASSURANCE POSSIBLE PAR LE BIAIS D'UNE ENVELOPPE STABLE	51
2.1	UN CADRE UNE PRÉSENCE CONTENANTE QUI FAIT SENS.....	51
2.2	LA RELAXATION POUR HABITER SON CORPS SEREINEMENT	54

2.3	LA NOTION DE CONTINUITÉ DANS LE VÉCU DU PATIENT	56
2.4	LA MÉDIATION CANINE : UNE ENVELOPPE GROUPELE SÉCURISANTE	58
2.4.1	<i>L'intérêt d'un dispositif de soin groupal chez Thomas</i>	58
2.4.2	<i>L'animal, bien plus qu'un médiateur : un repère</i>	60
	CONCLUSION	62
	BIBLIOGRAPHIE	

LEXIQUE

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CMP : Centre Médico Psychologique

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESAT : Établissements ou Services d'Aide par le Travail

ILAE : International Ligue Against Epilepsy

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

IME : Institut Médico-Educatif

IMP : Institut Médico-Pédagogique

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale Des Personnes Handicapées

NEM : Niveaux d'Évolution Motrice

TOC : Trouble Obsessionnel-Compulsif

INTRODUCTION

Tout au long de mes trois années de formation, je me suis aperçue que le corps est un véritable instrument pour conquérir son univers et qu'un développement psychomoteur satisfaisant permettait à l'enfant d'« *habiter son corps* » et de s'ouvrir au monde. En effet, les enfants ont le besoin inné de se développer à travers un environnement psychique stable et sécure afin de devenir un adulte confiant intérieurement et corporellement.

Le corps est un édifice construit sur une base autant psychique que physique. Nous comprendrons au fil des pages de ce mémoire que ces deux bases se complètent, se construisent en formant une symbiose. Néanmoins, à cause de la maladie, cette construction peut être mise à mal tant sur le plan physique que psychique et c'est tout notre édifice corporel qui se retrouve déficient.

En effet, en commençant mon stage auprès de patients atteints d'épilepsie, je me suis rapidement aperçue que cette perspective d'appropriation du corps est limitée à cause de leur maladie. V. Pineau-Valencienne parle « d'étranges malaises » (2003) qui l'ont fait basculer dans « un monde sans repères ». L'épilepsie entrave leurs expériences psychomotrices, procure un vécu insécure et un sentiment de discontinuité. Mon rôle, en tant que future psychomotricienne prenait alors tout son sens. Cette étrange « maladie-tempête » (Pineau-Valencienne V., 2003) qui vient bousculer la trajectoire de leur vie m'a touchée et c'est ainsi que mon choix de mémoire s'est porté sur ce sujet aussi captivant que mystérieux. Le sentiment de non-maîtrise du corps implique le psychisme et se répercute sur le corps tant du côté physiologique que comportemental.

De nombreuses interrogations ont émergé : Quelle va en être l'inscription psychique et somato-psychique ? Comment un patient épileptique peut-il investir son corps marqué par des crises répétées ? Au-delà des crises et des images de personnes allongées secouées de mouvements incontrôlables, mon attention se porte sur le vécu de discontinuité et d'insécurité pouvant engendrer des difficultés psychomotrices, tant au niveau comportemental que relationnel. En prenant en compte aussi bien le corps que le psychisme, la psychomotricité invite le patient à un meilleur vécu corporel. Ainsi, apporter de la contenance et une sécurité interne a été mon premier souhait. En effet, « être contenu, se tenir, s'ouvrir au monde » ont raisonné dans ma tête tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Alors, lorsque la maladie épileptique vient entraver le développement psychocorporel, comment la psychomotricité peut-elle favoriser un vécu corporel continu et sûr ?

Dans une première partie théorique, je vous présenterai le cheminement du développement psychomoteur, puis, j'aborderai la pathologie épileptique et j'exposerai les désordres psychocorporels liés à l'épilepsie.

Dans une seconde partie clinique, je présenterai un jeune adulte épileptique que je nommerai Thomas, qui par le biais de notre rencontre, m'a amenée à construire ce mémoire. Je décrirai mes interrogations et mes réflexions quant à sa prise en soin et m'efforcerai à comprendre les différentes situations traversées.

Pour finir ce travail, j'allierai la théorie à la clinique pour discuter de la prise en soin psychomotrice auprès de Thomas. Puis, j'expliquerai le rôle de la psychomotricité et ses qualités contenantes pour guider le patient vers un vécu psychocorporel moins angoissant, mais davantage stable et sécurisant.

PARTIE 1 : PARTIE THÉORIQUE

1. Une première construction de soi dans le développement psychomoteur

Avant d'aborder la pathologie épileptique, il me semble essentiel de donner quelques repères préalables et surtout de tenter de définir comment le sujet parvient à « habiter » son corps.

A. Bullinger affirme qu'« habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importantes à laquelle est confronté le bébé dans son développement » (2007, p. 151). En effet, l'organisme deviendra corps lorsque le bébé intégrera et organisera toutes ses représentations (les objets, l'espace, les autres) lors de son développement sensori-moteur. Grâce à la stabilité du milieu, l'enfant commence à s'approprier son corps, l'habiter, et se construit enfin une solide constitution corporelle essentielle à son bon développement psychomoteur.

En parlant du terme « habiter », G. Bachelard (2012), philosophe et épistémologue français, nous renvoie à l'habitation-maison, celle qui nous protège et nous enveloppe à l'image d'une mère. En assurant une continuité d'être et en évitant la dispersion, « habiter » serait donc une manière de s'enraciner et de s'ancrer.

1.1 Le fonctionnement psychique

1.1.1 L'apport de D.W Winnicott

L'enfant comprend très tôt qu'il possède un corps. Cette conscience corporelle est présente dès la petite enfance, ce qui lui procure le *sentiment de continuité d'existence*, concept développé par D.W Winnicott (1969). Selon le pédiatre et psychanalyste britannique, c'est l'idée d'avoir une sécurité intérieure qui permet au sujet d'être assuré d'exister dans le présent et d'avoir la conviction d'être toujours le même dans le futur (Pireyre E., 2015).

En parlant de *sentiment de continuité d'existence*, D.W Winnicott fait l'hypothèse que « l'angoisse la plus primitive se rattache à l'insécurité du nourrisson qui ne se sent pas suffisamment tenu. À contrario, les soins maternels, et plus particulièrement ce qu'il appelle le *holding* (maintien), permettent à l'enfant d'intégrer en un tout cohérent ses expériences et ainsi d'avoir un sentiment continu d'exister » (Houzel, 2016, p. 115).

La théorie de D.W Winnicott (Winnicott et al., 2007) est très éclairante au sujet de la relation mère-enfant dans les premiers mois de la vie. Au cours de cette première étape de totale dépendance du bébé, l'environnement représenté par la mère s'adapte parfaitement aux besoins biologiques et affectifs du nourrisson, c'est ce que D.W Winnicott appelle la *préoccupation maternelle primaire*. La *préoccupation maternelle primaire* est un état fusionnel mère-enfant, une hypersensibilité non pathologique de la mère qui lui permet d'être particulièrement réceptive aux besoins de son bébé et en adéquation parfaite et totale avec lui. Cet état transitoire apparaît pendant la grossesse et dure jusqu'à quelques semaines après la naissance de l'enfant. Cette *préoccupation maternelle primaire*, cette totale disponibilité, fournit à l'enfant les conditions nécessaires à son développement harmonieux. Les soins maternels ont un rôle fondamental sur le développement du *sentiment de continuité d'exister du bébé*. Ce sentiment participera à la formation de ce que D.W Winnicott nomme le self de l'enfant. Le self correspond au sentiment d'existence individuelle, d'autonomie, d'habiter son corps et sa psyché.

Grâce à la présence de sa mère, le nourrisson peut donc se construire et se sentir en sécurité.

D.W Winnicott a développé le concept de *préoccupation maternelle primaire*, insistant sur l'interaction mère-enfant et surtout sur la mère *suffisamment bonne* (Winnicott et al., 2007) ou mère dévouée. Ce dernier est convaincu que la *mère suffisamment bonne* est celle qui sait donner des réponses équilibrées aux besoins du nourrisson, ni trop, ni pas assez, en proposant un environnement humain adapté.

D.W Winnicott parle également de *holding* qui désigne la façon dont le bébé est porté sur le plan psychique et corporel. La qualité de portage et sa dimension contenante apportent à ce dernier un sentiment de sécurité et de fiabilité.

Le pédiatre évoque également le terme de *handling* qui correspond à la manière dont l'enfant est traité, manipulé et soigné dans les soins quotidiens. Les soins "s'inscrivent" dans la mémoire corporelle à la surface de la peau, comme sur un parchemin, et constituent doucement le *Moi-Peau*, concept théorisé par D. Anzieu.

Enfin, l'*object-presenting* (qui pourrait être traduit par « le fait de présenter l'objet ») désigne la façon dont la mère présente l'objet du besoin à son enfant au bon moment afin qu'il puisse avoir l'impression de le créer. Elle doit être capable aussi de proposer des

frustrations progressives pour permettre la désillusion et l'intégration de la réalité. Ceci permet à l'enfant de lui attribuer une existence réelle mais aussi d'éprouver l'illusion qu'il crée l'objet. C'est grâce à ces "petites frustrations", comme l'attente et l'absence que le bébé fera la différence entre le Moi et le non-Moi. Il percevra sa mère comme personne extérieure à lui, s'intéressera au monde extérieur et cette réalité lui procurera une sécurité interne.

Le *holding*, le *handling* et l'*object-presenting* sont des notions essentielles dans les premiers temps de la vie car elles permettent au bébé d'établir une relation de confiance et ainsi d'acquérir un sentiment d'être au monde. Le psyché s'installe dans le soma et c'est ainsi que l'enfant acquiert le sentiment d'habiter son corps. Selon D.W. Winnicott, le nouveau-né fait aussi l'expérience d'une continuité d'être (Chamond J., 2009). Ainsi, quelles que soient ses expériences, le bébé aura toujours ce sentiment d'être réel et de rester le même.

Le sentiment d'enveloppe, de contenance, de sécurité ou encore de chaleur, prodigués par la présence à la fois psychique et physique de la mère, nous amène au concept de *Moi-peau*. En effet, c'est dans cette dynamique d'élaboration théorique d'*holding*, *handling*, *object-presenting*, que D. Anzieu (1995) a élaboré le concept de *Moi-peau*.

1.1.2 D. Anzieu et son concept de *Moi-peau*

D. Anzieu spécifie le *Moi-peau* comme :

Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif. (Anzieu D., 1995, p. 61)

Par ce concept de *Moi-peau*, D. Anzieu (1995) définit un étayage et une construction du Moi psychique sur le Moi corporel. Il fait alors un étroit rapprochement entre les rôles de la peau et du Moi, nous indiquant un certain parallèle entre le soma et la psyché. Au cours du développement de l'enfant, la peau n'aura plus seulement un rôle d'enveloppe physiologique mais prendra peu à peu un rôle d'enveloppe psychique, de contenance du corps, comme une interface entre l'intérieur et l'extérieur.

Le contact physique de la mère et son bébé, essentiel au bon développement psychique, est d'abord prodigué par les soins maternels. Ainsi, la peau de l'enfant, par ses propriétés sensorielles permet les premiers échanges et interactions entre la mère et son enfant.

D'après Anzieu (1995), tout s'organise à partir de la sensation entre la mère et son enfant. En effet, la peau donne naissance à la notion de limite dedans / dehors, c'est-à-dire l'existence d'une enveloppe et d'un contenant. La particularité de cette enveloppe est sa perméabilité, elle permet ainsi l'interaction avec l'environnement.

Anzieu (1995) décrit huit fonctions principales du *Moi-peau* :

- **La maintenance**

La peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles. En intériorisant une partie de la mère, le *Moi-peau* remplit une fonction de maintenance du psychisme. Elle rappelle le *Holding* de Winnicott (Winnicott et al., 2007). Grâce à ce *Holding*, l'enfant va pouvoir s'apprécier comme une unité, mais aussi développer et maintenir les différentes parties de son psychisme. En soutenant le psychisme en état de fonctionner, le *Moi-peau* tend à l'individualisation de l'enfant.

- **La contenance**

La peau recouvre la surface entière du corps où sont insérés à l'intérieur tous les organes. De même que la peau, le *Moi-Peau* vise à recouvrir l'appareil psychique comme une enveloppe. Cette fonction contenante du *Moi-peau* est réalisée grâce au *Handling* de la mère. Pour Anzieu, la peau est ressentie comme un « sac » (1995, p. 124) grâce aux soins maternels. Cela va permettre à l'enfant de percevoir les limites entre le dedans et le dehors, entre le *Moi* et le non-*Moi*, véritable prise de conscience de son corps et de son psychisme. Les interactions entre la mère et son enfant permettent ainsi la constitution de l'enveloppe psychique.

- **La fonction de *pare-excitation***

La couche superficielle de la peau assure une protection des agressions extérieures. De la même manière, c'est la mère qui joue ce rôle de *pare-excitation* au début de la vie du bébé. Lorsque, selon D. Anzieu, le *Moi* a bénéficié d'un étayage suffisant sur sa propre peau, c'est le bébé qui va assurer cette fonction.

- **L'individuation**

La peau de l'homme présente d'importantes différences interindividuelles qui favorisent l'affirmation de soi-même comme un être humain avec une « peau personnelle » (Anzieu D., 1995, p. 126). C'est la « fonction d'individuation du Soi, qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique » (Anzieu D., 1995, p. 126).

Si cette fonction n'est pas assurée, l'angoisse de *l'inquiétante étrangeté* provoque un déséquilibre des limites et de l'unicité de l'individu.

- **L'inter-sensorialité**

Le *Moi-peau* est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui aboutit à la constitution d'un sens commun, dont la référence de base se fait toujours au toucher. Si cette fonction est défaillante, le sentiment de vécu de morcellement corporel apparaît, c'est-à-dire que les différentes parties du corps sont vécues indépendamment les unes des autres.

- **Le soutien de l'excitation sexuelle**

Les contacts peau à peau de la mère et de son enfant procurent un plaisir réciproque. Le *Moi-peau* capte sur toute sa surface l'investissement libidinal et devient une enveloppe d'excitation sexuelle globale. Si cette fonction n'est pas investie, la pulsion sexuelle va devenir source d'angoisse, l'individu ne pourra pas « s'engager dans une relation sexuelle complète aboutissant à une satisfaction génitale mutuelle ». (Anzieu D., 1995, p. 128).

- **La recharge libidinale du fonctionnement psychique**

La peau est une surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes, ces excitations provoquées par le milieu extérieur sont contrôlées par un maintien interne de l'énergie et de sa tension. Si cette fonction est défaillante, des angoisses peuvent survenir.

- **Inscription des traces sensorielles**

Le *Moi-peau* correspond ici à *l'inscription des traces sensorielles tactiles*. Cette fonction est amplifiée par l'environnement maternel puisqu'il remplit son rôle d'*object-presenting* pour le bébé. Le sujet a plusieurs angoisses relatives à cette fonction : « d'être marqué à la surface du corps et du Moi » (Anzieu D., 1995, p. 129), tel que l'eczéma ou le risque d'effacement des traces.

Avec toutes ces fonctions, l'enveloppe permet une distinction entre le dedans et le dehors notamment en contenant et en délimitant des espaces. Les différents sens vont envelopper l'individu, lui permettre d'être en lien avec le monde et de l'investir. À travers la relation avec la mère, les sens vont permettre une structuration du Moi. Ils sont également contenant, structurants et unifiants. Ils permettent de se développer, de devenir et « d'être ».

Grâce à son environnement et ses expériences motrices, le bébé va se structurer. Par ailleurs, comme D. Anzieu l'a décrit, le toucher, les caresses, les contacts reçus par le bébé vont construire son *Moi-peau*.

De plus, il ne faut pas négliger le rôle du *stade du miroir* dans la construction de soi.

1.1.3 J. Lacan et la connaissance de soi

L'enfant, vers six mois, découvre son reflet dans le miroir et prend conscience de son image propre (Godard, 2020, p. 136). Il voit et reconnaît son corps comme unifié, entier alors qu'avant, il se ressentait de façon morcelée. Ce *stade du miroir* en présence de l'autre (souvent par la présence de la mère) correspond à l'instant où l'enfant se met à penser son être corporel, alors même qu'il ne peut avoir conscience de son intégrité du fait de son équipement sensori-moteur encore immature.

J. Lacan, psychiatre et psychanalyste, parle du *stade du miroir* comme « formateur de la fonction du « je » » (Godard, 2020, p. 136). L'enfant anticipe la maîtrise de son corps dans l'image du miroir. C'est une image idéale de lui-même à laquelle il s'identifie, elle le fascine et il jubile. Il se prend pour cette image pourtant extérieure qu'il voit. Il fait appel à l'autre en se retournant vers la mère, il cherche son regard désirant et attend son assentiment, une reconnaissance et une parole.

L'image du corps et sa représentation subjective vont se renforcer en grandissant mais pourront être malmenées en fonction du regard de l'autre et entraîner alors une méconnaissance de soi.

1.1.4 Se sentir lié et attaché pour se sentir en sécurité

J. Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, parle de la *théorie de l'attachement* (Tereno S. et Al., 2007). Il démontre que l'attachement fait partie des besoins vitaux de l'enfant. Étant un besoin, tout humain doit donc le satisfaire pour survivre au même titre que se nourrir, boire ou dormir. En effet, tout enfant qui vient au monde a un besoin de créer un lien d'attachement pour assurer une protection et un sentiment de sécurité interne. Cela assure sa survie car un enfant qui vient au monde n'est pas autonome et a besoin de la

présence d'un adulte pour continuer à se développer. Le but de l'attachement est que l'enfant évolue dans le monde en se sentant en sécurité, confiant et protégé. Ainsi, l'enfant bien traité, aimé et accompagné pourra partir « armé » à la découverte de la vie.

Par ailleurs, selon Ciccone et Lhopital (2001), lorsqu'un enfant grandit au sein de sa famille, il acquiert une rythmicité à travers les rituels, les échanges et les interactions avec ses proches. Cette rythmicité lui permet de relier ces moments entre eux et d'organiser son repérage temporel.

Comme nous l'avons vu précédemment, le nourrisson dépend de ses parents et plus particulièrement de sa figure d'attachement. De ce fait, il doit pouvoir leur faire comprendre ses besoins et manifeste donc ses sensations de satisfaction ou de mécontentement à travers son tonus.

1.2 Le développement corporel

Les réponses de la mère sont au départ essentiellement corporelles (portage, bercement...). Le bébé ressent, partage les émotions de sa mère. A. Bullinger explique que le bébé associe les variations toniques aux sensations qu'il perçoit, « la correspondance entre l'état interne et les signaux sensoriels crée une frontière, une enveloppe corporelle » (2015, p. 64). Ainsi, à partir de cet accordage riche en émotions et capital pour son bon développement, le bébé finit par différencier le dehors et le dedans. Puis, il fait la distinction entre le corps de sa mère et son propre corps en s'appropriant ses sensations.

1.2.1 Le dialogue tonique

Dès la naissance et déjà in-utero, le sujet module son tonus et ressent les modulations du tonus de l'autre. Les échanges entre le bébé et le parent s'inscrivent au niveau de son corps, son tonus se modifie, c'est ainsi que la mère ou le père reconnaît les besoins de son bébé et peut y répondre. Par les mouvements du bébé, le parent à son tour apprend rapidement à décrypter les états toniques de son bébé.

En effet, « jusqu'au moment où survient la parole, le mouvement est le seul élément que l'enfant possède pour témoigner de sa vie psychique » affirme H. Wallon (Fichtner C., 2018, p. 118). H. Wallon parle donc de *dialogue tonique*, c'est-à-dire un jeu de transmission et d'ajustement entre états émotionnels et états toniques du bébé et son entourage. À travers ce dialogue qui fait le lien entre le tonus et les émotions, H. Wallon décrit une relation tonico-affective.

En reprenant cette notion de *dialogue* tonique, J. de Ajuriaguerra parle de dialogue tonico-émotionnel comme « un processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant » (1985, p. 272). Il y a donc un véritable échange qui s'opère au-delà des mots. En 1977, J. de Ajuriaguerra laissait entendre que « 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 ». (Bachollet & Marcelli, 2010, p. 14). En effet, par le biais de ce tonus se véhiculent leurs états émotionnels et cela leur permet de s'ajuster l'un à l'autre.

1.2.2 Le tonus : la base de la contenance et du sentiment de soi

Il existe plusieurs définitions du tonus qui pourraient être d'orientation neurologique, psychomotrice ou psychoaffective. Pour définir cette notion, A. Vulpian (1874) décrit le tonus comme « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent ». (Scialom et al., 2011, p. 161). Le tonus serait comme la toile de fond du mouvement. On distingue plusieurs types de tonus :

- **Le tonus postural :**

Ce tonus concerne le maintien d'une attitude et de la station debout. Il est dû en particulier à l'équilibre entre les forces des muscles du plan postérieur et celles de la pesanteur. En action, il permet l'orientation dans l'espace.

- **Le tonus d'action :**

Le tonus d'action évoque les degrés de tension d'un muscle participant à l'action. Il se caractérise par des mécanismes musculaires régulateurs contribuant à la réalisation du mouvement.

- **Le tonus basal (permanent ou de fond) :**

Le tonus de fond est un état de tension musculaire permanente et involontaire. Cette tension est constamment présente, ainsi, notre tonus est régulé que l'on dorme ou que l'on soit éveillé. C'est aussi le tonus recherché lorsque la détente est induite.

- **Focus sur le tonus : fonction de contenance et de conscience de soi**

La tonicité participe à la construction d'un premier sentiment de soi via la proprioception. (FMPMC-PS, 2003). La proprioception est la capacité de percevoir son corps dans l'espace grâce à des capteurs sensoriels profonds situés dans les muscles, tendons, ligaments, etc...

Le tonus permet ainsi de nourrir notre conscience d'intériorité et ancre la conscience de soi :

- Conscience d'être soi-même différencié par la contenance tonique
- Conscience d'être là dans un espace-temps par la posture
- Conscience d'être en mouvement
- Conscience d'être en relation à l'autre dans la rencontre tonique

De plus, le tonus de fond a une fonction de contenance et va permettre la constitution d'une enveloppe tonique, soutien du sentiment d'unité corporelle. Ce tonus est donc le signe et le moyen d'une construction, d'une conscience d'exister. Il assure la qualité de la cohésion de l'ensemble du corps, comme une enveloppe tonique en support de l'enveloppe-peau.

Donc, le tonus est à la base de la contenance et du sentiment de soi. C'est un élément essentiel dans la relation et la communication non-verbale. Étroitement lié aux émotions, il participe pleinement à l'organisation et à l'équilibre de la vie affective et représentative.

1.2.3 Du schéma corporel à la connaissance de son corps, les piliers de notre intégrité psychocorporelle

- **Définition :**

J. de Ajuriaguerra propose la définition suivante du schéma corporel :

Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. (1974, p. 239)

En clair, le schéma corporel n'est pas figé, il s'enrichit avec ce que l'on vit.

M. Merleau-Ponty, grande figure de la phénoménologie, a également parlé du schéma corporel. Il aborde la phénoménologie de la perception et parle de la corporéité qui est le « corps-sujet » (Angelino L., 2008, p.170), qui est le lieu des perceptions, des émotions, de la pensée, de la parole, de l'expression. Le corps qui nous appartient n'est pas un corps objet, mais un corps qui vit, qui ressent, qui perçoit. Le corps propre est le médiateur des affects et le point de rencontre de toutes les expériences, de toutes les découvertes. Tout passe par le

corps. Le rapport du corps à l'espace et à l'environnement se fait par le mouvement. Donc la représentation est sous-tendue par l'expérience perceptive de la motricité.

La psychomotricité, c'est instaurer un couplage entre l'intention motrice et l'action du corps propre qui découle effectivement de celle-ci ; c'est-à-dire, donner du sens à l'action pour créer l'intentionnalité du mouvement. M. Merleau-Ponty parle de schéma corporel comme unité spatiale, temporelle, inter-sensorielle et sensori-motrice. Le schéma corporel ne se limite pas aux contenus de l'expérience mais il les précède et rend possible leur association. En d'autres termes, avant qu'il y ait des vécus de l'expérience, il y a déjà une sorte de structure, d'unité sensori-motrice qui permet aux sensations de prendre sens. (Angelino L., 2008)

L'approche neurologique définit le schéma corporel comme représentation spatiale des parties du corps entre elles et dans l'espace, ce qui va s'appuyer, selon les auteurs, sur la sensorialité et la kinesthésie. Il y a une zone dans le cerveau qui, si elle est touchée, va engendrer des troubles du schéma corporel. D'après la neurologie, le schéma corporel est donc la connaissance des différentes parties du corps et comment elles sont agencées entre elles, c'est le même pour tous au même âge et sans pathologie.

Ainsi, la constitution du schéma corporel permettra d'accéder à la conscience du positionnement dans l'espace et d'éveiller notre conscience corporelle.

En 1971, J. de Ajuriaguerra définit trois stades (S. Robert-Ouvray & Sergant-Laval, 2012) :

- **Le stade du corps vécu (0-3 ans)**

Chez le nouveau-né, le premier espace est l'espace buccal, l'espace péribuccal et l'espace respiratoire car la sensorialité s'y concentre au niveau de la satisfaction des besoins. C'est un espace diffus, il y a peu de prise de conscience des perceptions et des sensations. La tonicité est bipolaire (l'enfant est hypertonique lorsque qu'il est dans le besoin et hypotonique lorsque ses besoins sont satisfaits) avec une impulsivité des réactions émotionnelles. Vers le troisième mois, c'est l'élaboration et le début de la construction du schéma corporel. Vers le sixième mois, c'est le début de la construction de la prise de conscience du schéma corporel. Au *stade du miroir*, vers le huitième mois, le bébé prend conscience de la réalité de son corps, ce qui permet sa construction corporelle.

Le passage du corps morcelé au corps unifié est la première étape nécessaire à l'élaboration du schéma corporel : c'est-à-dire que grâce aux sensations intéro-, proprio-,

extéroceptives et aux informations visuelles, le bébé ressent son corps constitué de muscles, d'organes, d'os et de peau. Il le ressent en statique, en mouvement et en volume. Grâce à l'image spéculaire (reconnaissance de son image dans le miroir), à la verticalisation, la marche et l'exploration de l'espace, l'enfant devient possesseur de son corps, autre condition à l'intégration du schéma corporel. À la fin de cette période, l'espace corporel est unifié, intégré, on parle de corps situé. Les différents espaces corporels sont situés les uns par rapport aux autres avec une prise de conscience de son corps actif.

- **Le stade de la discrimination perceptive, ou corps perçu (3-6 ans) :**

Il y a différenciation avec la mère, l'enfant sent son corps comme objet total. Le dessin du bonhomme apparaît. Le contrôle tonique est associé à la structuration perceptive c'est-à-dire qu'il adapte ses réponses toniques aux stimuli. Vers 4-5 ans, l'interruption volontaire des contractions est possible. L'attention au corps propre permet à l'enfant de se couper momentanément des stimuli extérieurs. L'attention au corps propre permet à l'enfant de se couper momentanément des stimuli extérieurs. L'enfant a conscience de son corps comme objet total avec une bonne représentation topologique de l'espace orienté (droite/gauche, dedans/dehors, haut/bas) : c'est la discrimination perceptive. Sa motricité, très globale au début s'affine : le langage s'associe à l'action. En parallèle, c'est le moment où il s'approprie son sexe (Œdipe). Tout ceci participe à l'assise de sa personnalité et lui permet d'accéder au jeu symbolique à travers son corps : de l'imitation réelle, il passe à l'imaginaire avec ce que cela implique d'anticipation, de projection dans le temps, dans l'espace. Ainsi, il peut prendre du recul par rapport à son vécu et accéder à la représentation mentale : le corps perçu.

- **Le stade du corps représenté (6-12 ans)**

L'enfant peut se représenter son corps en mouvement, orienté différemment du sien. Le dessin du bonhomme se fait en dynamique, et il peut aussi être dessiné de profil.

Concrètement, il est capable de ne plus passer par l'action, de ne plus « faire » mais de penser cette action pour atteindre un but ; c'est-à-dire qu'il n'a plus besoin de passer par le corps vécu puisqu'il a intériorisé les images des mouvements, des actions, et peut s'en resservir directement.

1.3 Se construire à travers le mouvement, l'espace et le temps

Nous allons à présent aborder comment le sujet acquiert le sentiment de soi et construit ses repères corporels à travers le mouvement, l'espace et le temps.

1.3.1 Le mouvement : un engagement corporel structurant

La maturation du tonus, les différents niveaux d'évolution motrice (NEM), la qualité et la disponibilité du mouvement vont permettre à l'enfant de développer ses capacités motrices. Petit à petit, le sujet pourra diriger volontairement et de manière adaptée son mouvement. Ce sont dans les mouvements d'enroulement, de symétrie, ou d'asymétrie et dans des mouvements qui se complexifient que le sujet construit des repères à partir de son propre corps. B. Lesage explique que « ses schèmes de mouvement sont un parcours de rassemblement et de mise en forme du corps dans le mouvement, qui conduisent à une motricité globalement intégrée » (2015, p. 189). Le sujet bouge et coordonne ses gestes en construisant une unité corporelle.

Progressivement, « les réactions sont moins massives, moins diffuses, plus différenciées. L'enfant commence à nouer des relations avec le monde objectal » (Ajuriaguerra J., 1956, p. 16). La coordination des mouvements va de pair avec la dissociation lorsque le sujet est capable de se repérer.

Par l'intégration du schéma corporel, la tonicité et le mouvement, l'enfant va structurer son corps. De plus, c'est aussi à travers le temps et l'espace, deux notions indissociables, qu'il édifie son corps. Ainsi, cette production fait partie de sa modalité d'être.

1.3.2 Le temps : les prémices d'une stabilité

Grâce au temps, l'individu se repère, structure l'espace et s'y organise. L'enfant acquiert les cycles temporels (les saisons, les jours de la semaine...), cela lui permet de se construire, d'avoir des repères. Les jours, les années rythment notre vie, tout comme notre cœur rythme notre système cardio vasculaire. Le temps est irréversible et s'écoule sans discontinuité.

Le petit enfant n'a pas la notion de temps, il le vit au moment présent, le ressent. J. Piaget le démontre dans son ouvrage *Le développement de la notion de temps chez l'enfant* (1981), en affirmant que ce rapport est exclusivement affectif. Au fil des années, les notions de chronologie et de succession viendront se rajouter et permettront de structurer ses repères propices à ses apprentissages. Aider l'enfant dans sa démarche de structuration du temps, c'est lui assurer un cadre stable et les prémices de sa construction identitaire.

En effet, tout comme notre esprit, notre corps est inscrit dans une temporalité et sera marqué par le temps. Il va avoir cette faculté de grandir, se développer, perdurer mais également diminuer, décroître et s'altérer. Et parfois, faire les deux aux cours de la maladie.

Pour B. Lesage (2021), le corps et la temporalité sont deux paramètres intriqués et indissociables. Un corps construit serait donc un corps bien temporalisé, régulé par ses propres rythmes, gestes, accordages toniques et autres attitudes posturales.

De ce fait, la dimension temporelle fait alors partie intégrante de notre conscience corporelle.

1.3.3 Se spatialiser pour habiter son corps

« Habiter, investir un espace est un des processus fondamentaux de construction spatiale » affirme B. Lesage (2021, p. 217)

Se spatialiser, construire son propre espace, la manière de le percevoir et se l'approprier est personnel et propre à chacun. Notre relation à l'espace passe par l'engagement de notre corps puisqu'il est lui-même spatialisé. Cette construction de l'espace s'articule à travers le corps du bébé, ses manipulations et autres interactions qui le structurent. Pour B. Lesage, « habiter n'est pas seulement occuper un lieu, un logis, c'est aussi construire un espace à investir » (2021, p. 218). En d'autres termes, habiter son corps, c'est pouvoir s'engager et s'impliquer corporellement. En adaptant ses gestes, les contraintes de l'environnement, le bébé intègre les repères spatiaux (devant, derrière, avant, après...) et prend ainsi conscience de l'espace.

En conclusion, nous pouvons affirmer que le temps et l'espace sont des notions indissociables tout comme l'espace implique celle de l'engagement du corps. Grâce à l'espace qu'il va s'approprier par les manipulations ou encore les interactions, le corps va se mouvoir et s'ancrer. « Assumer l'espace et le temps, c'est accepter une certaine vacuité, une discontinuité » affirme B. Lesage (2021, p. 203). Cette vacuité nécessite avant tout une stabilité du milieu, un équilibre et une cohérence mais lorsque la maladie apparaît, cette dynamique peut être remise en cause. Effectivement, lorsque le sujet est atteint d'épilepsie, il est basculé dans un autre monde où temps et espace deviennent étranges et inquiétants. La réalité devient donc angoissante.

Dans cette première partie, je me suis intéressée particulièrement à la manière dont l'enfant « habite » et « ancre » son corps. C'est ce que je nomme l'ancrage corporel, base primordiale et indispensable pour un développement psychomoteur sécurisé et efficient. À

présent, il convient de développer ce qu'est l'épilepsie et les perturbations psychocorporelles qu'elle engendre.

2. L'épilepsie et ses désordres psychocorporels

2.1 Qu'est-ce que l'épilepsie ?

D'après la Fédération Française de Neurologie « le terme d'épilepsie recouvre plusieurs maladies neurologiques ayant pour point commun la répétition de crises épileptiques spontanées ». L'étymologie de l'épilepsie est d'origine grecque *epilēpsis* signifiant : « saisir, attaquer par surprise », ce qui illustre bien la notion d'imprévisibilité des crises. Une crise d'épilepsie se caractérise comme « une manifestation clinique transitoire, liée à une activité électrique anormale des cellules nerveuses du cortex cérébral » (Fédération Française de Neurologie), provoquant l'équivalent d'un court-circuit entre les neurones. Les décharges peuvent se produire à différents endroits du cortex cérébral. C'est ce qui explique qu'il y ait plusieurs types de crises d'épilepsie.

En France, selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM, 2018), environ 600 000 personnes sont atteintes de cette maladie. Elle peut concerner toutes les tranches d'âges.

2.2 Classification des crises épileptiques

Les épilepsies sont regroupées en deux grands types de crises : les crises généralisées et les crises partielles (ou focales).

- **Les crises généralisées :**

Selon l'INSERM (2018), les crises généralisées sont liées à l'excitation synchronisée de neurones issus de plusieurs zones réparties dans les deux hémisphères cérébraux. Dans cette crise généralisée, on distingue une forme de crise dite « tonico-clonique », appelé communément « grand mal ». Elle se caractérise par trois phases (Épilepsie généralisée - AAE, s. d.) : la phase tonique, la phase clonique et la phase résolutive.

La phase tonique se définit par une raideur et une contraction intense des muscles. Elle est rapide et dure quelques secondes et peut s'accompagner de troubles végétatifs (dilatation de la pupille, sueurs, ou cyanose). La phase clonique est quant à elle marquée par des secousses musculaires brusques. Enfin, la phase résolutive se caractérise par un coma

profond. Durant cette phase, on note une hypotonie généralisée avec aréflexie tendineuse et pupillaire.

La durée de la crise généralisée est assez courte, le sujet reprend connaissance progressivement mais il n'est pas rare d'observer une période de confusion ou une amnésie totale de la crise. Le patient se plaint souvent par la suite de courbatures et d'asthénie (état de faiblesse générale caractérisé par une diminution du pouvoir fonctionnel de l'organisme).

Par ailleurs, on distingue également une autre forme d'épilepsie généralisée, appelée « absence épileptique » ou « petit mal ». Il s'agit d'une crise d'épilepsie sans convulsion qui touche essentiellement les enfants. Les crises entraînent une suspension de la conscience pendant quelques secondes. L'enfant ne peut donc ni parler, ni enregistrer de nouvelles informations, son regard est dans le vague. (Épilepsie généralisée - AAE, s. d.)

- **Les crises partielles (ou focales) :**

Elles constituent le deuxième grand type de crises et sont séparées en deux entités : la crise partielle simple et la crise partielle complexe.

En premier lieu, la crise partielle simple témoigne d'une absence de perte de conscience. Le sujet se souvient alors de sa crise, il ressent d'étranges sensations comme des odeurs, une peur ou des hallucinations très diverses selon la zone de la décharge épileptique (si la zone de la vision est impactée, les sujets peuvent percevoir des lumières clignotantes).

La crise partielle complexe, quant à elle, s'accompagne d'une perte de connaissance ou de son altération. Elle peut débiter en crise simple et s'amplifier pour se propager aux zones du cerveau responsables de la conscience. Le sujet est alors non réactif aux stimulations, peut effectuer des gestes répétitifs et n'aura aucun souvenir de ce qu'il s'est passé. Ces symptômes peuvent évoluer vers une crise généralisée. (Reinaud D.F., 2011).

2.3 Étiologie de l'épilepsie

Il est important de distinguer également l'origine des épilepsies. Elles sont regroupées en trois sortes :

- **Les épilepsies symptomatiques (ou structurelles)**

Les épilepsies symptomatiques sont provoquées par une cause identifiable comme une maladie ou une lésion cérébrale. Ces lésions, qu'elles soient étendues ou localisées, peuvent

être congénitales, présentes in utéro ou bien apparaître après la naissance. Parmi les nombreuses causes, on trouve notamment les accidents vasculaires cérébraux (AVC) anté ou post-nataux. (Landré E., 2015)

- **Les épilepsies idiopathiques**

Les épilepsies idiopathiques (du grec *idios* et *pathos* maladie) sont programmées par les gènes et généralement isolées. Ces dernières ne s'accompagnent pas de lésions cérébrales. Elles peuvent être héréditaires ou secondaires à l'apparition d'une modification génétique. Dans la grande majorité des cas, elles sont relativement bénignes. (Landré E., 2015)

- **Les épilepsies cryptogéniques**

Enfin, on parle d'épilepsies cryptogéniques lorsque l'on ne connaît pas l'origine des crises. Aucune cause précise ne détermine leur apparition et les moyens actuels ne permettent pas de les classer. Elles représentent 80 % des épilepsies de l'adulte. Cependant, on peut noter qu'elles sont en forte diminution grâce à l'évolution des techniques d'exploration permettant de les diagnostiquer.

2.4 Les traitements de l'épilepsie

Différents traitements sont proposés pour traiter l'épilepsie. L'objectif est principalement d'essayer d'atténuer la fréquence des crises, ou tenter de les faire disparaître totalement. La qualité de vie du patient reste la priorité du corps médical, ainsi que la maîtrise des effets indésirables. (Medtronic, 2018)

2.4.1 Les traitements médicamenteux et les effets indésirables

En fonction du type d'épilepsie, on posera l'indication de médicaments antiépileptiques afin de stopper l'apparition des crises. D'après l'INSERM (2018), dans 60 à 70% des cas, la maladie peut être contrôlée grâce à ces médicaments.

Certains médicaments sont employés depuis plusieurs années : la phénytoïne, la carbamazépine et l'acide valproïque. D'autres sont plus récents, comme la gabapentine, la lamotrigine, le topiramate et le lévétiracétam. (Anti-épileptiques : Les Points essentiels, 2020)

Des effets secondaires indésirables sont assez fréquents comme l'asthénie, la sensation de ralentissement psychique, la somnolence et les nausées. Quelques fois, on note aussi, des troubles d'élocution, une perte de la coordination motrice et de l'équilibre, des tremblements,

un gain ou une perte de poids ou encore, la chute de cheveux ou l'acné. (Anti-épileptiques : Les Points essentiels, 2020)

Toutefois, une épilepsie peut persister malgré une médication bien conduite et adaptée.

2.4.2 L'épilepsie pharmacorésistance

On parle de pharmacorésistance, lorsque les crises persistent chez un patient compliant et ce, malgré un traitement médicamenteux bien adapté depuis au moins deux ans de traitement.

En 2010, l'ILAE (International Ligue Against Epilepsy) propose comme définition : « Une épilepsie devra être considérée comme pharmaco-résistante après l'échec de deux antiépileptiques essayés consécutivement ou en association et bien tolérés ». (Epilepsie-stat, 2018)

Si la pharmacorésistance est avérée, après que les causes de pseudo résistance aient été éliminées, on se tourne vers d'autres interventions.

2.4.3 Les autres interventions possibles

La chirurgie reste une option de dernier recours lorsque les traitements médicamenteux sont épuisés ou insuffisants. Des examens préopératoires sont la clé du succès, et reposent sur des électroencéphalogrammes vidéo, des Imageries par Résonance Magnétique (IRM). (Le diagnostic de l'épilepsie, 2021). Cependant, certains patients refusent les interventions chirurgicales car elles sont irréversibles. D'autres ne seront pas de bons candidats à l'opération car la zone épileptique se trouve dans une zone difficilement atteignable sans risquer de léser leurs fonctions cognitives ou motrices. Il reste alors la stimulation du nerf vague (nerf constitué de fibres motrices, sensibles et végétatives), qui a pour but de diminuer la fréquence des crises sans les faire disparaître. (Medtronic, 2018)

Une prise en charge efficace de l'épilepsie se fait à la suite d'un bilan de santé initial lors duquel le médecin oriente le patient vers une équipe pluridisciplinaire. Ainsi, les troubles psychologiques ou psychomoteurs sont également pris en compte. Enfin, il arrive d'avoir recours à l'hospitalisation lorsque les crises sont très longues, sévères et qu'elles laissent le patient dans un état confusionnel prolongé.

Dans le cadre d'épilepsies sévères, les sujets handicapés épileptiques ne peuvent vivre à leur domicile et sont accueillis dans des structures comme les FAM, MAS, foyers de vie...

2.5 Les désordres psychocorporels liés à l'épilepsie

La maladie chronique somatique, telle que l'épilepsie, met à mal la construction psychocorporelle de l'enfant.

Dès la découverte du diagnostic, l'enfant entre dans un monde médical, étranger jusqu'alors. L'enfant devient également un corps objet de soins, d'exams. Toute l'attention est centrée sur lui et sa maladie. Il subit les hospitalisations répétées et donc les séparations avec sa famille. Nous constatons que les atteintes sont diverses : corporelles, sensorielles, psychiques ou encore comportementales. (Clément M.C., 2013)

L'épilepsie peut alors provoquer une grande insécurité et une rupture chez un enfant en pleine construction. Pour R. Soulayrol, « l'épileptique subit et vit un certain nombre de ruptures dans sa continuité d'exister et dans les moyens d'en être informé. Tantôt, son corps le quitte et se met à exister [...] tantôt, c'est lui qui le quitte » (1999, p. 127)

2.5.1 Apparition de la maladie, entre basculement et imprévisibilité

« L'épilepsie a toujours été l'objet de représentations collectives sociales et culturelles particulières qui rendent difficile l'intégration sociale de l'enfant épileptique » affirme J. Sarfaty (2013, p. 144). Cette pathologie touche toute la famille, et il faut également l'intégrer et la rendre acceptable auprès des parents qui restent bien souvent perturbés, voire traumatisés à l'annonce de la maladie de leur enfant. Ils le vivent comme une injustice, un événement insensé qui s'abat sur leur famille. Les habitudes et projets de vie seront bouleversés, ils seront comme le décrit A. Castelbou (2008), entre traumatisme et handicap.

La première crise, est celle qui stigmatise, marque de son empreinte indélébile l'enfant ou l'adolescent. Puis, c'est aussi celle qui fera devenir le parent standard en parent d'enfant malade ou handicapé. Ce choc, longtemps associé à ces images de personnes secouées de mouvements incontrôlables laisse bien vite la place à celui du deuil de l'enfant "normal".

Selon S. Korff-Sausse (2007), psychanalyste, il ne faut pas minimiser l'impact du traumatisme de l'annonce du handicap sur la parentalité. La sous-estimer, c'est risquer des dommages sur le développement positif de la personnalité de l'enfant ainsi que sur sa future relation avec ses parents. En effet, avoir un enfant, c'est une projection de soi, une histoire qui le lie à ses parents. L'image de l'enfant rêvé, imaginé est noircie, bouleversée et c'est ainsi que la question de la désillusion de l'enfant rêvé/imaginé émerge. Les parents font face à la réalité.

Un enfant handicapé est bien souvent dévalorisé et ce manque de considération peut affecter sa personnalité ou son développement. Même si l'enfant n'est pas comme les parents l'avaient imaginé, leur rôle est de l'accompagner dans les étapes de son développement et dans la construction de sa propre identité.

Des difficultés apparaissent lorsque l'écart entre l'enfant rêvé et l'enfant réel est trop important. L'enfant imaginé est perdu et ne reste que le désenchantement. On peut décrire ce processus comparable à celui du deuil. Pour E. Zinschitz, « perdre l'enfant imaginé peut être aussi douloureux que de perdre un enfant réel par la mort et cela se répétera dans les différentes phases de la vie de l'enfant, même si l'intensité sera moins forte » (2007, p. 88). Face à cette situation, il est donc devenu habituel de parler de travail de deuil.

Pour certaines familles, ce travail sera long et délicat car l'enfant réel est bien vivant avec son handicap omniprésent. Ce sentiment d'échec, d'injustice restera marqué comme une cicatrice indélébile.

S. Korff-Sausse, en se penchant sur le handicap et la parentalité, décrit que « les réactions de dénégations, les manifestations somatiques sont fréquentes, signes de la mise en échec de la pensée. » (Malliar A., 2015, p. 32). Elle évoque que le handicap de l'enfant renvoie une image abîmée, tel un miroir brisé où le parent a bien du mal à se reconnaître.

Le bouleversement sur le processus de parentalité provoque un choc, une désillusion et déception brutale, mais également une véritable blessure narcissique. Ce bébé qui représentait l'espoir, comblait les manques, réparait les blessures, n'est plus.

Pour conclure, lorsque le handicap est responsable d'une trop grande altérité entre l'enfant imaginé et l'enfant réel, les fonctions maternelles peuvent être entravées et ne plus être assurées de manière opérante.

2.5.2 Manifestations de la maladie

Chaque épilepsie engendre, en fonction de son type de crise, une situation de handicap, c'est pourquoi, il est difficile de décrire le handicap épileptique d'une manière générale. Les atteintes corporelles, cognitives et comportementales diffèrent en fonction du syndrome épileptique, autant de manifestations en fonction de l'âge d'apparition des crises, de leur durée, de leur fréquence, et de leur localisation dans les zones du cerveau.

- **Les répercussions corporelles et sensorielles**

Lors d'une crise focale, la décharge épileptique peut impacter les neurones situés au niveau cortical. On relève des signes cliniques corporels comme un déficit moteur, un enraidissement des bras, mais également des troubles sensoriels si la décharge se propage de façon étendue dans les circuits sous-corticaux. Des signes comme des troubles auditifs, vestibulaires, visuels ou aphasiques peuvent notamment survenir. Les répercussions seront plus importantes en cas de crise complexe, avec une modification du comportement moteur et une altération de la conscience. (Épilepsies de l'enfant et de l'adulte, 2016)

- **Le heurt psychique et cognitif**

Le vécu de discontinuité provoqué par les crises d'épilepsie est très préjudiciable pour le jeune enfant en cours de développement. De ce fait, l'identité entière de l'enfant en est perturbée, il ne sait plus qui il est, ni comment il existe.

En effet, chez l'enfant, on peut observer différents symptômes en fonction de la sévérité des crises. Dans les formes bénignes, on remarque une instabilité, un retard de langage, un trouble de la mémorisation, parfois des troubles de l'attention ; il leur faudra plus d'attention et de temps pour réaliser leur travail scolaire ou les gestes du quotidien (Aboutkidshealth, 2021). Lors des formes sévères, lorsqu'elles surviennent durant la période de maturation cérébrale, on note des troubles neuropsychologiques et neurodéveloppementaux, parfois importants. (INSERM, 2018)

Chez l'adolescent, ce sont les retards scolaires et les troubles du comportement qui occasionnent un handicap dans sa formation ou cursus scolaire. La relation à l'autre est parfois difficile, l'adolescent manque d'autonomie dans ses activités de la vie quotidienne. On constate par ailleurs que le déni et le rejet de ses pairs sont fréquents. (Vidal, 2021)

Chez l'adulte, on remarque que les troubles psychiatriques sont bien plus élevés que la population générale, surtout pour les épilepsies touchant le lobe temporal (fonction somatosensitives). Les pathologies fréquemment décrites sont les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. (Will T., 2008)

Quelque fois, ces crises surviennent de façon totalement imprévisible, sans facteur déclenchant, ce qui les rend très angoissantes pour le sujet qui ne peut les prévoir.

- **L'impact comportemental et interactif**

Lorsque les crises d'épilepsies touchent le jeune enfant, cette maladie chronique va bouleverser l'individu en pleine construction. Elle va en effet entraver sa croissance tant sur le plan médical (consultations, hospitalisation, médication) que relationnel.

Enfin, rappelons que la survenue de l'épilepsie peut perturber, de façon variable selon la gravité de celle-ci, les interactions entre le jeune enfant et ses parents.

Certaines épilepsies comme celle du syndrome West (épilepsie précoce de l'enfant caractérisée par des spasmes, un retard psychomoteur très fréquent et un électro-encéphalogramme très désorganisé) peuvent altérer le développement du bébé sans que celui-ci puisse entrer en communication avec ses parents. Les sourires, les échanges d'objets ou le contact visuel sont rares, voire absents. De ce fait, le parent est vite dépossédé de son rôle et ne peut plus lui offrir un monde sécurisé.

En outre, le dialogue tonico-émotionnel est un dialogue qui passe par le corps. Comment appréhender ce petit corps qui risque à tout moment de se raidir, convulser et laisse le parent au sommet de son impuissance ? Lui, qui normalement se doit de protéger son bébé. Puis, les émotions perçues par l'enfant fonctionnent dans les deux sens. En cas d'altération, l'impact sur cette communication tonique va devenir perturbée, angoissante, agitée. Le couple parent/enfant ne se comprend plus et c'est l'inquiétude bilatérale qui va surgir.

De plus, comme les crises vont agir sur la vigilance du bébé, il est fréquent de voir un découragement de l'interaction. Enfin, les soins du quotidien comme les repas, les bains, les changes peuvent devenir source de conflit, faute de ne plus savoir apaiser ses pleurs, ou décoder ses colères. L'enfant épileptique devient objet d'angoisse de mort, d'angoisse d'avenir. Les interactions réelles s'en trouveront alors fortement perturbées et limitées à leur strict minimum. (Clément M.C., 2013)

Chez les adultes, l'impact comportemental de l'épilepsie ne se manifeste pas de la même façon que chez l'enfant. On retrouve des conduites addictives, des comportements obsessionnels, des comportements violents, une peur du jugement, de la culpabilité, une auto-dépréciation et parfois une hyper ou hypo sexualité. Autant de troubles qui mettent à mal les relations sociales et engendreront une agressivité ou un repli sur soi. (Gronchi Perrin A. et Al., 2008)

Pour conclure cette partie théorique, éclairés par de nombreux auteurs, nous comprenons mieux comment l'enfant se construit et se développe de façon harmonieuse afin que celui-ci puisse « habiter » son corps de façon sécurisée. Le devenir de l'adulte en dépend et engendre, en cas d'épilepsie, un vécu discontinu, un corps insécurisé et des troubles psychomoteurs. La partie à venir permettra d'illustrer ces propos théoriques par le biais d'éléments cliniques.

PARTIE 2 : PARTIE CLINIQUE

1. Mon arrivée dans un univers inconnu

1.1 Présentation du centre

J'effectue mon stage de troisième année dans un centre médical spécialisé en épilepsie et santé mentale. Cet établissement dédié à l'accueil et aux soins des malades épileptiques s'est élargi à différentes activités. Un pôle psychiatrie consacré à la santé mentale des femmes a notamment été créé ainsi que des structures médico-sociales, telle qu'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et un FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) assurant un lieu de vie adapté pour des personnes plus lourdement handicapées et épileptiques. De plus, l'ensemble de ces activités a été complété par la création de deux Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Le centre de pôle neurologique dédié aux patients épileptiques au sein duquel j'interviens a pour mission l'évaluation, l'orientation et la prise en soin d'adultes avec épilepsies pharmaco-résistantes et troubles associés. Le centre propose des séjours de courte durée, des séjours à durée prolongée ainsi que des ateliers thérapeutiques. Il y a quatre unités dans le centre : l'unité "handicap", l'unité "trouble psychique", l'unité "insertion" et l'unité "observation". Les patients sont orientés dans ces unités en fonction de plusieurs critères dont les capacités neurocognitives, l'autonomie, les troubles physiques et psychiques.

Lorsque des patients présentant une épilepsie active se trouvent dans une situation d'impasse psycho-sociale, des unités peuvent les accueillir nuit et jour. L'équipe ne retient pas en priorité la gravité de la maladie épileptique, elle étudie plutôt le potentiel d'évolution du patient, c'est ce qui prime dans les décisions.

La commission d'admission tente ainsi de donner une deuxième chance à ces malades qui n'ont pas trouvé de structure appropriée. L'équipe pluridisciplinaire intervient sur le plan médical, familial, personnel et professionnel lorsque c'est possible. À travers la prise en soin globale qui est proposée, l'équipe vise à dénouer ces situations en travaillant sur plusieurs dimensions à la fois. En fonction des bilans des patients, les soignants orientent le patient vers le praticien dédié. Chaque situation est analysée car l'intrication des problèmes épileptiques et psychiques nécessite une prise en soin ciblée et personnalisée.

Selon les services et le dispositif de prise en soin, le patient bénéficie de soins actifs neurologiques et psychiatriques, de soins à visée éducative ou d'un suivi par des kinésithérapeutes, psychomotriciennes, psychologues, orthophonistes, en fonction des troubles présentés. Par ailleurs, il est proposé aux patients une évaluation et un entraînement au travail dans les ateliers thérapeutiques. Enfin, la pratique sportive est proposée sauf dans le cas d'une contre-indication médicale.

Le projet du pôle neurologique pour patients épileptiques dure quatre ans, les patients sont ensuite dirigés en réinsertion socio-professionnel, qui est l'objectif principal, ou vers une orientation sans durée limitée (FAM par exemple).

1.2 Place de la psychomotricité au sein de l'établissement

Depuis plus de 30 ans, la place de la psychomotricité au sein de l'établissement s'inscrit dans les projets personnalisés et répond aux besoins des patients épileptiques.

Quatre psychomotriciennes sont présentes sur l'ensemble des services de l'établissement. Elles interviennent dans les différents pôles en se répartissant les deux salles de psychomotricité.

Au sein de cette structure, la psychomotricité a une visée rééducative mais aussi et surtout, thérapeutique et éducative. Selon moi, la fonction purement rééducative n'est pas la priorité. Le tonus, la motricité globale et le schéma corporel sont généralement les axes de travail qui passeront en premier face à la motricité fine ou l'attention qui seront des axes secondaires.

D'après moi, le rôle de la psychomotricité dans cette structure est d'éviter une dégradation du patient en conservant un maintien parfois fragile. La psychomotricité vient alors soutenir l'épanouissement du patient en passant notamment par le plaisir. En effet, que ce soit pour se mouvoir ou habiter son corps de façon plus harmonieuse, elle agit pleinement sur la sphère émotionnelle.

Les séances sont prescrites par le médecin de la structure (psychiatre, neurologue ou généraliste) et sont réfléchies sur la base d'un bilan psychomoteur. Ensuite, le compte-rendu du bilan et le projet de soin sont expliqués au patient afin que celui-ci puisse être acteur de sa prise en soin.

En intervenant auprès de patients épileptiques, je constate que les problématiques psychomotrices les plus souvent retrouvées sont : un trouble de schéma corporel et de

l'image du corps, de l'équilibre, de la régulation tonique, un manque de confiance en soi et une dévalorisation corporelle ainsi que des difficultés quant à la gestion du stress et de l'angoisse.

Au sein de l'établissement, la psychomotricité est la discipline qui considère le patient dans sa globalité en tenant compte de son psychisme, du corps mais également de son milieu familial, de ses relations sociales et de son vécu émotionnel. Il y a beaucoup de patients angoissés. Le psychomotricien est donc régulièrement amené à faire de la relaxation. D'ailleurs, dans le centre, c'est la seule profession qui en propose.

Les séances de psychomotricité peuvent être réalisées en suivi individuel, dans la salle de psychomotricité prévue à cet effet. D'autres fois, elles sont effectuées en séances groupales comme la médiation canine, le groupe d'accompagnement à la vie sexuelle et vie affective ou encore le groupe danse. Dans ce cas, il se peut que des intervenants extérieurs y participent.

La salle de psychomotricité principale est spacieuse et dispose d'un panel varié de matériel : un grand miroir, plusieurs gros ballons, des tapis de différentes tailles et épaisseurs, des cerceaux, une poutre ou encore des balles sensorielles...

1.3 Découverte de la structure

Avant de débiter le stage, je suis partagée entre envie mais aussi peur et appréhension. En effet, bien que la clinique épileptique puisse être passionnante, j'ai l'image de ces crises qui peuvent être impressionnantes. À cet instant, l'épilepsie est pour moi synonyme de crises, de secousses aussi incontrôlables qu'effrayantes et de patients au handicap lourd.

À mon arrivée, je découvre que ce sont des patients relativement jeunes. Certains pourraient avoir mon âge. Ils sont pour la plupart lents dans la réalisation des actes du quotidien. Alors, j'ai dû m'adapter à leur rythme, ce qui m'a parfois demandé beaucoup d'effort au début de mon stage. Assez rapidement, je suis rassurée sur mon intégration car je n'ai pas ressenti d'hostilité ou de malveillance à mon égard. Comme tout milieu nouveau et inconnu, il faut que je décrypte leur façon de fonctionner, rituels et habitudes de vie. La patience et la bienveillance sont mes meilleures alliées au cours de ce stage.

2. Présentation de Thomas

2.1 Description physique

L'épilepsie de Thomas est un handicap que l'on ne devine pas au premier regard. Physiquement, c'est un jeune homme brun avec les cheveux courts, assez grand et de carrure imposante. Il est souvent habillé de la même manière, il porte régulièrement un sweat à capuche et un jogging qui a tendance à descendre au niveau de sa taille. J'observe une peau très abîmée au niveau de ses mains et de ses poignets. Il souffre d'acné sur le visage et j'observe, lorsqu'il enlève son masque, une tendance à baver.

2.2 Anamnèse

Les informations concernant Thomas sont issues de ses éducateurs et de son dossier médical. Ces éléments permettent de comprendre la lourdeur de ses pathologies et des événements traumatiques qu'il a subi. Je constate en effet un parcours de vie jalonné d'une discontinuité importante et d'un désordre psychique, doublé d'une grande instabilité d'ordre familiale et sociale.

Thomas, âgé de 23 ans, est né à terme en 1997, avec un APGAR à 10. L'accouchement s'est déroulé sans complication. À deux jours de vie, il a subi une crise convulsive suite à de nombreux accidents vasculaires cérébraux (AVC) anténataux liés à des traumatismes abdominaux durant la grossesse dans le cadre de violences conjugales. D'après les neurologues, ces traumatismes sont la cause de l'épilepsie et des Troubles Obsessionnels-Compulsifs (TOC) que présente le patient.

Thomas est le cadet d'une fratrie de trois enfants. En 2003, son dossier médical relève une séparation familiale en raison de violences conjugales depuis de nombreuses années. J'apprends aussi par ses éducateurs que ses frères battaient leur mère. Depuis la séparation des parents, Thomas n'a plus aucun lien avec son père. Dans ce contexte de violence, on note une enfance fragilisée et particulièrement insécure.

Suite à des difficultés de langage, Thomas n'a pu intégrer l'école ordinaire. Il a été suivi au départ en Centre Médico Psychologique (CMP). Puis, en 2001, il intègre un hôpital de jour avec un accompagnement pluri-disciplinaire. En 2005, il poursuit son parcours dans un Institut Médico-Pédagogique (IMP). En 2011, il est orienté dans un Institut Médico-Educatif

(IME). Plus tard, le suivi de l'épilepsie est réalisé dans différents hôpitaux au sein de services épilepsie pour adultes.

Depuis 2017 et à cause d'un médicament, les troubles cognitifs, le comportement et l'élocution se sont dégradés. Des TOCs perturbant son quotidien sont survenus et n'ont pas disparu après l'arrêt du traitement. À sa demande, celle de sa famille et de l'IME, Thomas est admis en novembre 2018 dans le service où je réalise mon stage, dans l'unité « épilepsie et handicap ». Le patient et sa famille désirent une insertion socio-professionnelle, une autonomie pour la vie quotidienne, un projet de travail en Établissements ou Services d'Aide par le Travail (ESAT), voire un hébergement en foyer d'ESAT. Les besoins médicaux, sociaux et éducatifs de Thomas font que l'unité « épilepsie et handicap » semble adaptée à la poursuite de l'hospitalisation, afin de construire un nouveau projet de vie.

D'après le dossier médical de Thomas, sa mère se sent seule, démunie et montre une grande inquiétude quant à l'avenir de son fils. Elle est reconnaissante du travail de l'institution et espère des soignants un maximum d'accompagnement pour le futur projet de vie de son fils. Actuellement, Thomas reste très proche de sa mère malgré l'éloignement géographique qui sépare l'établissement de son domicile.

Thomas est suivi par un médecin psychiatre, un neuropsychologue, une orthophoniste depuis l'enfance et une psychomotricienne. Il présente plusieurs pathologies associées telles qu'une dysarthrie (trouble de l'articulation ayant un rôle dans la parole), des TOCs et un retard mental moyen.

Sa dysarthrie, résultant des lésions cérébrales anté-natales compromet sévèrement l'intelligibilité de sa parole. Actuellement, la communication verbale reste très difficile, surtout pour se faire comprendre lorsqu'il aborde des sujets qui sortent de l'ordinaire. Le travail orthophonique est important et il apparaît des progrès dans la communication au quotidien.

Le suivi psychiatrique régulier et l'aide médicamenteuse contribuent à une forte diminution de ses TOCs au quotidien. L'équipe me rapporte que ces derniers apparaissent à cause du stress ou lorsque Thomas se prépare à être en collectivité, c'est-à-dire au moment des repas, avant d'aller à la douche ou pendant les temps de transition. Frénétiquement, il baisse et remonte son pantalon, rabat sa casquette nerveusement, se frotte les mains ou a

besoin de se les laver. Les TOCs prennent différentes formes et sont quelque fois majorés sans qu'il ne puisse verbaliser les raisons.

La prise en soin et le traitement psychiatrique se poursuivent puisqu'il s'agit de sa plus importante comorbidité.

Concernant ses traitements médicamenteux, Thomas prend actuellement l'association de plusieurs molécules anti-épileptiques pour limiter son épilepsie et lutter contre son agitation. Il est stabilisé mais les médicaments engendrent une lenteur. Beaucoup sont inefficaces et certains engendrent de la nervosité et une désorientation, il a donc arrêté de les prendre :

- TEGRETOL : médicament anticonvulsivant, thymorégulateur et antimaniaque.
- VIMPAT : antiépileptique
- VALIUM : anxiolytique, sédatif, anticonvulsivant (Le VALIUM a été diminué à moitié de dose. Cette diminution semble être liée à un bavage important).
- RISPERDAL : antipsychotiques
- URBANYL (inefficace) : anxiolytique et propriétés anticonvulsivantes
- KEPPRA (inefficace) : médicament anticonvulsivant
- DEPAKINE (inefficace) : médicaments antiépileptiques ayant aussi des propriétés anxiolytiques
- ZONEGRAN (inefficace) : antiépileptique
- FYCOMPA (nervosité et désorientation) : antiépileptique

Thomas est décrit par ses éducateurs comme un bon camarade et attentif au malheur de l'autre. Cependant, sa capacité de travail est faible, ce qui est notamment dû à un temps de concentration court : à peine quelques dizaines de minutes, plus court encore s'il est sur un poste assis. En poste debout, il se déplace et échappe à la tâche. La résultante de cela étant une incapacité actuelle à envisager un travail en ESAT. Un dossier auprès de la Maison Départementale Des Personnes Handicapées (MDPH) est en cours afin de demander une orientation en foyer de vie occupationnel, comme le souhaite sa mère.

2.3 Description de son épilepsie

Thomas présente une épilepsie multifocale pharmaco-résistante d'origine structurale (ou symptomatique) liée à des AVC anténataux. Elle est dite « multifocale » puisque les crises épileptiques ont différents points de départ dans le cerveau.

Sa première crise convulsive est arrivée à 48 heures de vie. Un traitement a été instauré puis les crises ont récidivé à l'âge de huit mois. Le diagnostic de son épilepsie est posé à ses 11 ans. Il présente deux types de crises. La première occasionne une rupture de contact, les yeux ouverts, accompagnée ou non de perte d'urine. L'autre est caractérisée par des crises convulsives généralisées avec des symptômes identiques à la première.

La répétition de ces crises a créé des séquelles au niveau de certaines zones anatomiques cérébrales jouant un rôle dans l'inhibition-initiation des mouvements, le raisonnement, la norme sociale, le repérage dans l'espace, les sensations somatiques, l'attention et l'élaboration des émotions. Les facteurs qui favorisent ses crises sont les bruits, l'anxiété et la fatigue. Les répercussions de ces séquelles se sont grandement atténuées grâce à la plasticité cérébrale et aux diverses prises en soin dont il a bénéficié.

À ce jour, Thomas n'a pas fait de crises depuis son entrée au sein de la structure en 2018.

2.4 Le choix du patient : pourquoi Thomas ?

J'ai choisi d'écrire mon mémoire sur le suivi psychomoteur de Thomas. En effet, touchée par son histoire de vie et son mode de communication restreint, je ressens de l'empathie envers ce jeune homme et l'envie de l'aider s'impose très vite à moi.

Sous une carrure imposante, je perçois rapidement l'angoisse et le manque de contenance qui prennent une place importante dans sa vie. Cette vulnérabilité me touche dans mon rôle de future psychomotricienne. Le défi de communiquer d'une façon non verbale, de l'aider à trouver une réassurance prend tout son sens : le but étant d'harmoniser son corps, abîmé par des années d'épilepsie, avec lui-même. Son âge, proche du mien, me laisse aussi supposer un potentiel quant à son développement psychomoteur. Je me rends compte qu'un cadre stable, rassurant pourrait donc apporter à Thomas cette sécurité et harmonisation qui semble lui faire défaut. Je décide alors de me pencher davantage sur son histoire et d'écrire ce mémoire.

3. Le suivi en psychomotricité

3.1 Le bilan psychomoteur

Thomas est indiqué en séance de psychomotricité par son médecin référent car il présente des TOCs. Le bilan est réalisé en novembre 2019 par ma maître de stage, dont voici les observations :

MOTRICITÉ GLOBALE ET FINE

Thomas présente des difficultés de motricité globale et fine. Il est capable de sauter mais cela génère de l'hypertonie. Les coordinations et dissociations motrices globales ne sont pas maîtrisées, les mouvements sont imprécis et une lenteur est nécessaire pour qu'il arrive à faire les mouvements demandés. Les coordinations bimanuelles et la motricité fine ne sont pas maîtrisées.

SCHÉMA CORPOREL ET IMAGE DU CORPS

L'épreuve des somatognosies montre qu'il présente des lacunes dans sa connaissance des noms des parties du corps (ses troubles du langage sont peut-être à mettre en lien). Il existe un manque d'intégration du schéma corporel. Les rapports spatiaux ne sont pas respectés mais les positions de mains et bras sont correctes dans l'ensemble. Le dessin du bonhomme est immature, peu d'éléments sont présents. Cependant, il n'a pas de trouble visible de l'image du corps.

LATÉRALITÉ

Thomas est gaucher pour la main, l'œil et le pied. L'évaluation du tonus de fond n'est pas réalisable car le patient ne semble pas comprendre la consigne et contracte les muscles plutôt que de les détendre.

PRAXIES

Des troubles praxiques, au niveau de la graphomotricité, des praxies visuo-spatiales et visuo-constructives sont présents. L'utilisation des objets est adaptée, la prise de l'outil scripteur est bonne mais les gestes sont lents et manquent de précision. L'épreuve des praxies visuo-constructives est échouée.

TONUS

Quelques difficultés dans la régulation tonique sont relevées. La résolution tonique (capacité de décontracter volontairement un muscle) est partielle pour les membres supérieurs mais non obtenue pour les membres inférieurs. Thomas présente des syncinésies lorsqu'il doit réaliser des mouvements complexes. L'exercice de résistance aux poussées est partiellement réussi, en effet, il n'arrive pas à recruter suffisamment de tonus pour ne pas être déséquilibré.

ATTENTION

Il semble exister des difficultés d'attention et de concentration. Thomas présente des difficultés pour écouter, retenir puis reproduire une structure rythmique. Sur l'épreuve d'attention visuelle, il ne met pas en place de stratégie. Des syncinésies buccales sont présentes lorsqu'il est concentré.

SPATIO-TEMPOREL

Les épreuves d'orientation spatio-temporelles ne sont pas réussies. Il est en difficulté sur les épreuves d'orientation et d'organisation spatiale. Il ne parvient pas à fixer des repères spatiaux à partir desquels il pourrait s'orienter. Par ailleurs, des difficultés concernant l'orientation temporelle sont repérées.

COMMUNICATION

La communication verbale est difficile tant sur le versant de la compréhension que de l'expression en raison de ses troubles articulatoires et difficultés de compréhension. Il peut cependant passer par l'écrit pour certains mots qu'il n'arrive pas à prononcer correctement. Quant à la communication non-verbale, il peut mimer les émotions de bases mais ne peut faire semblant d'imiter la peur car il explique avoir peur de rien.

ATTITUDE

Durant la passation du bilan, Thomas présente un comportement adapté et accepte de faire toutes les épreuves. L'engagement corporel est présent, il n'a pas besoin d'être stimulé et semble avoir besoin de bouger. De premier abord, il semble confiant mais quelques réactions de prestance et de contenance sont visibles (se touche les mains, frotte son visage).

CONCLUSIONS DU BILAN :

D'après les observations de la passation, Thomas fait des efforts pour se faire comprendre et se montre volontaire. Un manque d'intégration du schéma corporel est présent ainsi que des troubles praxiques et d'orientation spatio-temporelle. Les capacités attentionnelles et de concentration sont fragilisées ainsi que la communication. Malgré ses difficultés lors des épreuves, Thomas reste souriant et motivé. Par rapport à la demande initiale concernant la présence de TOC, ceux-ci peuvent être en lien avec les troubles du schéma corporel. En effet, Thomas manque peut-être de contenance et de sécurité interne, ce qui pourrait être à l'origine d'angoisses. Également, ses difficultés à se faire comprendre pourraient provoquer de l'angoisse chez lui. Un suivi en psychomotricité est conseillé au vu de ses difficultés.

3.2 Le projet de soin

La prise en soin a pour objectifs initiaux de proposer à Thomas un travail sur le lien à l'autre, sur les ressentis de son corps et d'accéder à un état de détente corporelle afin qu'il puisse s'apaiser et découvrir son corps au repos. À présent, une relation de confiance est établie entre ma maître de stage et Thomas, il semble plus posé et apprécie même la relaxation qui était inenvisageable jusqu'ici.

Depuis novembre 2020, soit environ à la date de mon arrivée en stage, le suivi psychomoteur a pour objectif de lui proposer un panel plus large concernant les axes de travail. Ma maître de stage m'explique que la priorité est qu'il poursuive sa détente corporelle à travers la relaxation. Puis, l'idée est aussi de lui proposer un travail autour du tonus et du schéma corporel. Aborder ces deux notions pourrait permettre une restructuration de son corps et atténuerait ses angoisses qui semblent entraver sa façon d'habiter son corps. Enfin, l'abord relationnel occupe une place essentielle dans la prise en soin.

3.3 Histoire de la prise en soin

N'ayant pas été présente au début du suivi, ma maître de stage m'explique comment se sont déroulées les premières séances avec Thomas. Tous les lundis, il se rend dans la grande salle de psychomotricité dont dispose le centre. D'après elle, c'est un patient agréable qui se présente en séance. Il ne parle pas beaucoup mais teste le cadre en voulant par exemple choisir lui-même les exercices et en refusant les propositions de la psychomotricienne.

La psychomotricienne choisit de commencer par des jeux calmes au bureau pour instaurer une relation de confiance et favoriser ainsi l'échange. Des comportements inadaptés sont apparus lors des premières séances. Il ressentait quelquefois le besoin de marcher, surtout lorsque les séances duraient trop longtemps. Puis, il est arrivé à plusieurs reprises que Thomas baisse et remonte son pantalon nerveusement. Alors, avant de commencer un exercice ou une séance de relaxation, la psychomotricienne lui proposait d'aller dans un lieu adapté lorsqu'il avait besoin de faire ces mouvements compulsifs.

3.4 La première rencontre avec Thomas

En observant Thomas dans un premier temps en dehors des séances, celui-ci m'interpelle dans la manière dont il habite son corps, dans sa façon d'être avec les autres et avec les objets auxquels il s'agrippe. Dès le premier jour de mon stage, je l'aperçois dehors écoutant très fort la musique, dans sa bulle, comme obnubilé par ses chansons, sa cigarette électronique

et son portable. Lorsque je passe à côté de lui avec ma maîtresse de stage, Thomas semble nous ignorer. La psychomotricienne lui demande s'il veut bien couper sa musique pour qu'on puisse se saluer. Je me présente, il n'a pas vraiment l'air de comprendre qui je suis. Son regard est furtif, j'ai même l'impression qu'on le dérange devant une telle indifférence de sa part. Nous lui rappelons la séance de psychomotricité qui approche et nous le laissons reprendre son activité. Je suppose qu'il trouve du réconfort à travers la musique et qu'il semble vouloir se créer une enveloppe en mettant le son excessivement fort. Je commence à me demander si l'enveloppe sonore ne serait pas pour lui une façon de se retrouver.

3.5 Place que j'occupe depuis mon arrivée

Lors de mon arrivée en séance, Thomas se montre distant et même timide avec moi. J'observe notamment des réactions de prestance : il fuit mon regard et s'agite dans la salle. Je me questionne sur ces manifestations qui semblent illustrer son angoisse.

En discutant avec ma maîtresse de stage et en lisant le dossier médical de Thomas, j'apprends que ce dernier est indiqué en psychomotricité à cause de ses TOCs. Cependant, je remarque très vite que ces derniers ne sont pas présents en séance. Je questionne ma maîtresse de stage, qui m'explique que ses comportements compulsifs se sont atténués.

Au début de la première séance, je suis d'abord observatrice, puis j'intègre le jeu dans une triangulation. En se faisant des passes avec le ballon, Thomas semble m'investir dans la séance et me paraît confiant.

Au bout de quelques semaines, ma maîtresse de stage décide de me laisser effectuer les prochaines séances, elle reste néanmoins dans la salle pour observer.

J'occupe à présent une place active et essaye de garder un cadre rassurant. En début de séance, Thomas me parle souvent de ses petites cousines et de sa mère. Il semble inquiet et contrarié lorsqu'il évoque sa famille, notamment la figure maternelle. La distance semble compliquée à vivre pour Thomas.

Au cours de nos discussions, je réalise que son élocution lui demande beaucoup d'énergie et que cela ne facilite pas le dialogue. À cause de son manque de vocabulaire et de ses difficultés d'articulation, je me rends compte qu'interagir avec Thomas est en effet compliqué. Cependant, j'apprécie qu'il prenne le temps de m'expliquer ce qu'il veut me dire.

En effet, pour me faciliter la tâche, il mime ou écrit sur le tableau. Cette empathie me marque à chaque fois et je sens qu'une relation de confiance est en train de naître.

Après quelques semaines, je remarque qu'il commence à tester le cadre. Par exemple, il plaisante, refuse ou ne prend pas toujours au sérieux les exercices que je lui propose. Je veille alors à préciser le cadre. Je modifie le ton de ma voix, ma posture et lui rappelle avec plus de fermeté ce que j'attends de lui en séance. Comme nous avons presque le même âge, je pense aussi qu'il a tendance à confondre relation de soin et relation amicale. Le maintien d'un cadre solide mais suffisamment souple me paraît donc important.

4. Les séances de psychomotricité

4.1 Lorsque l'instabilité prend le dessus

Thomas arrive de prime abord avec peu d'enthousiasme dans la salle de psychomotricité. Il ne semble pas enjoué. Il me paraît passif, attendant que la séance se termine, c'est à moi de le solliciter pour que l'on puisse échanger ensemble. J'observe également qu'il quitte difficilement sa cigarette électronique, son enceinte et surtout son portable, qu'il met du temps à éteindre.

J'opte dans un premier temps pour un travail sur le gros ballon afin que Thomas puisse prendre appui sur ses pieds et qu'il prenne conscience de son ancrage au sol. L'idée l'intéresse beaucoup. Il se précipite sur le ballon en se mettant à plat ventre et en le faisant rouler. Thomas commence à rire, c'est la première expression d'engouement et de gaieté.

Il me semble alors que l'excitation prend le dessus et j'invite Thomas à faire attention. Ce dernier a toujours besoin d'un temps nécessaire pour écouter et exécuter les consignes. Laborieusement, Thomas parvient à s'asseoir sur le gros ballon, les pieds de chaque côté mais il ne parvient pas à rester stable, les pieds ancrés au sol. Il s'amuse et cherche exclusivement à sauter et jouer avec ce ballon. Ses gestes sont toujours très impulsifs, spontanés et l'activité ballon, nouvelle de surcroît, semble générer trop d'excitation, impossible à canaliser pour lui.

De plus, je remarque qu'il n'a pas de réaction parachute. J'observe un corps instable, qui « ne tient pas ». Malgré mes explications, il s'agite, manque de tomber à plusieurs reprises et s'en amuse. Je sens qu'il pourrait se faire mal sans mon aide. Il me fait penser à un enfant

qui découvre ses possibilités motrices. Mon corps devient alors le réceptacle sur lequel il peut s'appuyer et se tenir.

Je constate la même forme d'agitation et d'instabilité lorsque nous nous tournons vers le jeu du Twister. À chaque nouvelle activité, il se montre impatient, peu enclin à me laisser préparer le tapis de jeu. Il a tendance à sortir d'autres objets et je suis obligée de le solliciter pour qu'il m'aide à la mise en place. Lorsque je lui demande de poser son pied droit sur une pastille et sa main gauche sur une autre, Thomas comprend la consigne mais exécute les actions avec difficulté. Il se raidit et ne se laisse pas prendre au jeu. Aussi, il perd l'équilibre, puis commence à poser ses pieds et ses mains n'importe comment, sans respecter la consigne. Malgré une musculature plutôt conséquente, je remarque qu'il manque de force et de stabilité dans ses appuis. Cet exercice lui demande beaucoup d'effort et son manque d'ancrage lui fait défaut. Il n'a pas l'air de savoir comment prendre appui sur son corps, il se disperse et je sens qu'il a besoin de passer à autre chose.

Lors d'une autre séance, afin de répondre à son besoin de bouger, j'envisage de faire un jeu dynamique mobilisant sa motricité globale. Nous faisons un jeu de corps à corps où il faut toucher les épaules de son adversaire sans se faire toucher. Ici, rapidité rime avec vigilance et contrôle du geste. Les pieds ancrés au sol et délimités par un cerceau, il ne peut bouger que le haut de son corps. Ses pieds ont du mal à rester fixes mais ses membres supérieurs sont bien mobiles. Je décide de mettre un peu plus de force lorsque je touche ses épaules, cela me permet de tester sa capacité à tenir en équilibre. J'observe que Thomas résiste et qu'il régule bien son tonus. Je le trouve serein. Il sourit et rit même à certains moments. Thomas est sur le qui-vive mais attentif à la partie, il est comme « ancré » dans le jeu.

Au fil des séances, je remarque que les débuts et les fins de séances sont toujours compliqués pour Thomas. En effet, dès qu'il sent que l'activité se termine, l'excitation monte. Il prend ses affaires et je n'ai à peine le temps de lui dire au revoir que Thomas est déjà dans le couloir. Il s'enfuit comme si le temps lui était compté. Alors, pour mieux appréhender les fins de séances, nous avons instauré un rituel de fin de séance dans lequel Thomas m'aide à ranger le matériel. Thomas a un besoin d'être guidé en continu, sinon il a tendance à s'agiter dans tous les sens. Son instabilité me questionne et je me demande ce qu'elle lui procure.

4.2 L'expérience du calme

Lors de ce suivi, ma maître de stage pense que la relaxation peut être bénéfique pour Thomas en raison de ses TOCs et angoisses. Cela pourrait être paradoxal pour ce type de patient pour qui l'immobilité paraît difficile, mais cette méthode inspirée de Bergès et Jacobson proposée par ma maître de stage semble convenir à Thomas. Grâce à un travail régulier et un accompagnement progressif, Thomas investit pleinement la relaxation. Ma maître de stage m'explique que Thomas s'apaise pendant la séance mais également en dehors d'après ses éducateurs.

Son corps me donne une multitude d'informations concernant son humeur, son vécu émotionnel, et il arrive quelques fois que Thomas soit particulièrement angoissé. En effet, certains jours, il ne m'adresse pas la parole, reste sur son téléphone et ne me regarde pas. Alors, je m'adapte à son rythme en lui proposant une séance dédiée à la relaxation.

Les deux séances de relaxation que je vais décrire sont légèrement espacées dans le temps.

4.2.1 Première séance avec la méthode Bergès

Lorsque Thomas arrive dans la salle, j'observe qu'il présente des difficultés à se poser sur la chaise pour discuter et préfère rester sur son téléphone. Je dois repréciser le cadre en lui demandant d'éteindre son téléphone, de m'écouter. Il a souvent du mal à rentrer en contact avec moi. Je veille alors à lui rappeler ce que nous avons fait la dernière fois mais j'écourte les temps d'échanges car cela provoque soupirs et impatience.

Thomas a son rituel bien établi : il va chercher son tapis et s'allonge spontanément sur le ventre, les bras le long du corps. Sans doute dans l'idée de lutter contre ses angoisses, Thomas adopte cette position de repli, de protection.

Lorsqu'il est installé, la relaxation peut commencer. J'instaure le même cadre sécurisé que celui habituellement proposé par ma maître de stage : j'éteins la lumière et je mets une musique douce pour lui indiquer qu'à présent, c'est le temps de la détente.

Thomas ferme les yeux et tourne directement sa tête dans le sens opposé à moi. Il se pose et reste immobile. Il semble réceptif à ma parole.

D'abord, je commence par un toucher sur l'ensemble de son corps, je nomme les articulations, les muscles, les os et je lui explique que son corps est construit de façon solide et logique. Je lui montre ensuite que ses membres sont reliés entre eux en faisant le contour

de son corps. Puis, je mobilise lentement ses membres supérieurs et inférieurs en faisant des gestes de flexion et d'extension. La position ventrale ne me facilite pas le travail alors je m'adapte en faisant des mouvements moins amples. Je lui explique que ses muscles peuvent se décontracter dans la détente. Cette découverte semble l'intéresser, il est silencieux, calme et paraît attentif.

Cependant, pendant la mobilisation, je sens de la résistance dans ses bras. Thomas ne semble pas comprendre comment relâcher ses muscles. Je lui explique d'abord verbalement puis voyant qu'il n'y arrive toujours pas, je lui propose d'ouvrir les yeux. Dans un premier temps, je l'invite à contracter ses muscles comme s'il était en colère puis à relâcher comme s'il était calme ou endormi. Je lui montre qu'un muscle détendu est mou et qu'un muscle contracté est dur, puis, pour qu'il perçoive cette différence, je l'invite à toucher son bras. Enfin, toujours en lui donnant la consigne de contracter et relâcher son bras, j'essaie de réaliser des mouvements passifs et cette fois, il parvient à le détendre. Ainsi, ce travail sur le schéma corporel prend tout son sens. Je fais aussi l'hypothèse d'une difficulté dans la perception et proprioception de son corps.

Lors des mouvements passifs, je remarque que Thomas est très silencieux. L'appréciation et l'observation des éprouvés sont difficiles. En raison du port du masque (lié à l'épidémie) et de sa tête tournée dans l'autre sens, je ne distingue pas ses expressions, rictus ou autres manifestations corporelles à part son silence et son immobilité.

En fin de séance, je lui pose des questions simples sur ses ressentis mais il ne verbalise que très peu. Le seul mot qui résume pour lui la séance est : « bien ! »

L'impatience le gagne, il se lève, le temps d'échange ne doit pas s'éterniser. Je mets un terme à la séance.

4.2.2 Quelques séances plus tard

Après un mois de séances de relaxation, afin d'établir un échange sur ses ressentis et mieux comprendre comment la relaxation fait sens pour Thomas, je lui propose un support qui ne nécessite pas de communication verbale. Sur une feuille, je lui présente un bonhomme et lui précise qu'il doit colorier avec différentes couleurs les parties du corps qu'il a aimé que je mobilise, les zones désagréables et celles qu'il aurait aimé que je mobilise. Je comprends alors qu'il aimerait que je m'attarde aussi sur sa nuque.

Pour la première fois, Thomas s'allonge sur le dos. Ce changement de position me questionne. J'en profite pour lui proposer une couverture lestée afin qu'il ne se sente pas trop vulnérable. Après l'avoir déposée sur lui, il me demande une deuxième couverture plus grande afin que tout son corps soit recouvert. Une fois installé, j'éteins la lumière et allume la musique. Thomas a les bras le long du corps en dehors de la couverture et sa tête toujours du côté opposé à moi, les yeux fermés.

Je commence la séance par un temps de verbalisation très court du fait de ses difficultés de compréhension. Je réadapte la méthode avec des inductions verbales concrètes qui ne nécessitent pas d'imaginaire : « Essaye de ressentir l'air frais qui rentre dans ton nez et qui ressort peut-être plus chaud », par exemple. Dans un premier temps, lors des mobilisations passives, je ressens au niveau de ses bras une forte tension alors qu'à l'inverse, ses jambes semblent très détendues, relâchées. Je ne perçois aucune résistance. Ses muscles me paraissent souples et décontractés. Au milieu de la séance, j'observe une diminution de son tonus, ses bras se détendent et ses mains reposent totalement détendues sur le tapis. La respiration de Thomas est lente, il semble être à la limite du sommeil.

Pour répondre à sa demande initiale de prendre en compte sa nuque, je me place derrière lui et mobilise sa tête doucement de gauche à droite. Mes mains englobent son crâne, en laissant ses oreilles dégagées, il se laisse faire et semble apprécier puisque je devine un sourire derrière son masque. Je lui demande s'il souhaite que je continue les mouvements, il me fait signe que oui de la tête. Je décide donc de rester un peu plus longtemps sur cette zone qui semble manifestement l'apaiser.

En favorisant la conscience du corps de Thomas, la relaxation permet une baisse de son tonus, une réappropriation de son schéma corporel et lui apporte un état d'apaisement au niveau psychique.

En plus de cet accompagnement individuel, Thomas participe au groupe de médiation canine.

4.3 La médiation canine : un appui groupal soutenant et porteur

Le site accueille des animaux : chiens, chats, chèvres et animaux de la basse-cour. Les patients peuvent aller leur rendre visite. Les soignants observent très vite qu'à leur contact, le stress et les problèmes relationnels s'apaisent. Ils ont donc souhaité aller plus loin dans cette démarche de soin en compagnie d'animaux.

Avant mon arrivée dans la structure, ma maître de stage et sa collègue psychomotricienne mettent en place un groupe « médiation canine ».

Le groupe médiation canine se déroule toutes les semaines en présence de quatre patients, d'une éducatrice canine, de deux psychomotriciennes et de moi-même depuis mon arrivée. Les séances de médiation canine sont ritualisées et toujours construites de la même manière. Elles comportent un temps d'accueil et de présentation, une activité en interaction avec le chien, puis un temps consacré à une relation affective avec l'animal (brossage, caresses...). Les séances ont pour objectif d'être un support à la relation, un vecteur pour une meilleure gestion et régulation des émotions. Les axes de travail du groupe sont de prendre conscience de son corps et de ses sensations, de développer des capacités mnésiques et gnosiques, et enfin de travailler la sphère spatio-temporelle.

Les séances de médiation canine ont lieu toutes les semaines et sont attendues avec impatience par les patients de notre groupe. Thomas, qui d'ordinaire ne manifeste que peu d'émotions, semble excité et très enjoué de retrouver le chien qu'il affectionne particulièrement. Je sens l'enthousiasme de Thomas à travers son sourire qui déborde de son masque.

Les participants s'assoient en rond sur des tapis avec les psychomotriciennes et l'éducatrice canine. Le chien déambule à son gré. À tour de rôle, nous appelons l'animal et lui donnons l'humeur du jour. Thomas se rappelle bien des ordres appris et réutilise les mêmes moyens de communication pour l'appeler, se dire bonjour ou le féliciter.

J'observe que Thomas est à l'écoute du chien, ne fait plus de mouvements brusques et se met à sa hauteur. En effet, il régule mieux ses émotions et ne se laisse pas déborder par ses contrariétés. Chaque conseil ou remarque de l'éducatrice canine résonne positivement chez Thomas. Il l'écoute, corrige ses attitudes et s'en souvient aux séances suivantes.

Thomas parvient à rester assis quelques instants même si sa capacité d'attention est limitée. Ici, les moments d'inaction ne semblent pas le déranger. Peut-être est-ce dû à la présence du chien ? Pendant que les autres patients s'expriment, il est attentif à l'animal et n'a pas une posture de fuite comme il le ferait en début et fin de séance individuelle.

Au sein du groupe, Thomas est libre de jouer avec le chien. Il formule aisément des propositions et prend de nombreuses initiatives. Toutefois, nous devons parfois recadrer les choses afin de donner un sens à ses intentions et l'aider à structurer ses pensées.

Thomas est également plus réceptif et utilise son corps avec plus d'assurance, devenant acteur de toutes ses actions. Il rit, ose, donne des ordres au chien et corrige ses actes lorsque l'éducatrice lui donne des conseils. Parfois même, c'est lui qui montre aux autres patients comment s'y prendre avec le chien. Je remarque qu'il est l'élément moteur du groupe, une complicité s'est bien instaurée avec le chien. Serait-il en train de s'affirmer et de prendre confiance en ses capacités motrices ? Le groupe autour de cette médiation lui permettrait-il de trouver de quoi s'ancrer et assurer sa posture ?

Au cours d'une autre séance avec le chien, nous faisons une partie de volley un peu particulière : les règles sont précises, il faut rester à genou et se passer le ballon de baudruche sans se lever. Thomas, qui a l'habitude des jeux de ballons traditionnels, a du mal à rester sur ses genoux et cherche sans cesse à se lever. Cependant, je remarque qu'au bout d'un moment, il intègre la consigne et renvoie facilement le ballon à son adversaire. Thomas semble être dans l'échange et le lien à l'autre.

Sécurisé par le groupe, j'imagine alors qu'il peut se sentir plus contenu dans la relation à l'autre. Il finit d'ailleurs la séance sans problème tout en respectant les consignes.

À chaque fin de séance groupale, nous déposons nos ressentis et nous nous disons au revoir. Ce moment permet un temps de transition facilement assimilable et permet de clôturer la séance sur un temps d'échange. Thomas ne parle pas beaucoup mais reste assis jusqu'à ce que la séance se termine.

4.4 Une évolution psychomotrice

Je n'ai pas eu l'occasion de refaire passer un bilan psychomoteur à Thomas. Cependant, depuis mon arrivée en stage, j'ai pu observer quelques évolutions.

D'abord, je constate qu'il arrive davantage à réguler son tonus d'action. En effet, j'ai observé lors d'un jeu de corps à corps qu'il résiste et tient en équilibre lorsque je le pousse en insistant sur certaines parties de son corps. Il s'adapte à moi et un certain dialogue tonique se met en place. Par ailleurs, après un travail sur la détente musculaire, Thomas semble avoir cerné la différence entre un muscle tendu et détendu, il commence ainsi à se relâcher pendant les mobilisations passives lors des séances de relaxation.

Je note également une évolution concernant ses angoisses. Ma maître de stage me signale qu'auparavant Thomas ne parvenait pas à accepter un temps de relaxation. À présent, il en

réclame et selon ses éducateurs, il serait plus calme. De plus, lorsque j'ai commencé les séances, Thomas ne supportait pas se mettre sur le dos. Désormais, il s'installe d'emblée dans cette position. Cela montre que Thomas se saisit pleinement de la méthode et qu'il appréhende mieux le relâchement de son corps.

Par ailleurs, Thomas a fait des progrès certains en ce qui concerne ses capacités attentionnelles. Il arrive en effet à écouter et à se concentrer sur une tâche sans se disperser. Par exemple, lors des séances de la médiation canine, il peut rester assis quelques instants en écoutant les autres et intègre les consignes avec facilité. Il réussit à enchaîner plusieurs actions (appeler le chien, lui demander qu'il se mette assis, de donner la patte) et à les retenir dans le temps. J'observe alors que son instabilité s'est atténuée, il semble plus à l'aise dans la relation et ses réactions de prestance sont moins visibles. Je pense que le groupe favorise le lien à l'autre, apporte un sentiment de sécurité et de valorisation.

En retraçant l'histoire de Thomas, j'ai pris conscience que son épilepsie débutée dans sa petite enfance a pu bouleverser sa construction psychocorporelle et engendrer une instabilité dans la façon dont il investit son corps. En explorant ses capacités et ses limites psychomotrices, je m'autorise à penser que Thomas s'approprie un corps solide, réceptif et ouvert au monde.

PARTIE 3 : PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Par le biais des séances de psychomotricité, plusieurs pistes de réflexion ont cheminé et m'ont amenée à me questionner sur l'apport de la psychomotricité concernant Thomas. Ainsi, **lorsque la maladie épileptique vient entraver le développement psychocorporel, comment la psychomotricité peut-elle favoriser un vécu corporel continu et sécurisé ?**

1. Thomas et son insécurité

Dans le cas de Thomas, son insécurité se refléterait à travers des angoisses et une instabilité psychomotrice.

1.1 Une angoisse omniprésente

1.1.1 Qu'est-ce que l'angoisse ?

D'après I. Kotwas et J-A Micoulaud-Franchi (2016), la plupart des patients épileptiques souffrent de comorbidités, ce qui altère considérablement leur qualité de vie. Parmi celles-ci, figurent les pathologies psychiatriques, et notamment les troubles anxieux. L'angoisse et le sentiment de perte de contrôle donnent à cette maladie une dimension invalidante majorée par le caractère imprévisible des crises.

L'angoisse se caractérise comme des « sensations physiques de constriction et d'oppression qui accompagnent l'anxiété » (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, 2017). Lorsqu'elle devient pathologique, le sujet se retrouve dans une détresse qui le déstabilise et lui fait perdre ses repères ainsi que son contrôle (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, 2017).

Selon E. Pireyre, l'angoisse est une réaction qui se présente au sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation plus ou moins traumatique, c'est-à-dire qu'il est soumis à un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles. (2015, p. 142)

D'un point de vue psychanalytique, les angoisses sont liées aux vécus corporels des bébés et sont appelées « archaïques » car elles sont présentes avant l'apparition du langage. Ici, je porte spécifiquement mon regard sur les angoisses de liquéfaction, de morcellement et d'effondrement.

Winnicott (1975) nous explique que le nourrisson, encore immature, « est tout le temps au bord d'une angoisse dont nous ne pouvons avoir idée » (Pireyre E., 2015, p. 142). Ainsi, lorsque le bébé n'a pas fait l'expérience de la continuité d'être, porté par un bon environnement (*holding*), il se peut que ces angoisses archaïques perdurent.

1.1.2 Les angoisses archaïques

Ces angoisses archaïques prendraient différentes formes et parmi elles, D.W Winnicott décrit l'angoisse de morcellement. Elle se caractérise par un vécu de corps non unifié. En effet, le nouveau-né ne dispose pas d'emblée d'une représentation unitaire de son corps, il la développe progressivement. « Ce sont les mains, les bras, le corps de ses parents, mais aussi le portage psychique qui assurent le sentiment de continuité d'existence, d'unité et de solidité de son corps. » (Pireyre E., 2015, p. 142).

Pour Thomas, les séances de psychomotricité révèlent un besoin de contenance et de continuité. Je repense à son besoin de pressions corporelles sur son corps en entier. Cela confirme l'envie de sentir son corps unifié. De plus, sa conscience corporelle faisant défaut, je suppose qu'il ressent l'envie de se réapproprier son corps dans sa globalité. Lors de la relaxation, à travers les stimulations corporelles, notamment tactiles, il peut ainsi faire l'expérience d'un corps rassemblé. L'engagement du psychomotricien, spécialiste du corps, vient soutenir et participer à ces fonctions de *préoccupation maternelle primaire* et de contenance non intégré chez Thomas.

L'angoisse de liquéfaction, décrit par F. Tustin, est un autre type d'angoisse qui se caractérise par la crainte de la dissolution de l'enveloppe corporelle, souvent poreuse ou discontinue au début de la vie. (Barabé N., 2001). Face à cette barrière corporelle entrecoupée, le milieu liquide est source d'angoisse. Le bébé craint ainsi de couler ou de s'écrouler. Cette angoisse fait écho à la manière dont Thomas raidit ses bras lors de la relaxation. Par peur de se liquéfier, Thomas pourrait faire face à la menace d'écoulement en se raidissant. De plus, son hyper maîtrise musculaire peut être un moyen de consolider son *Moi-peau*. Puis, sa manière de me montrer ses muscles en contractant son bras, me laisse penser que la seule solution qu'il a pour faire face aux tensions, est de solliciter ses muscles. Ce recrutement tonique serait une manière de faire face à son *Moi-peau* défaillant.

Enfin, en me penchant sur la question de sa perception entre les limites du dedans et du dehors et donc entre le Moi et le non-Moi, je me questionne sur les limites de son corps. « La

perte de contenance et de représentabilité de ses propres limites nous semblent liées à ce que l'on pourrait appeler un trouble de la permanence de soi » (Montani & Ruffiot, 2009, p. 105-106). Je suppose ainsi que ses angoisses seraient l'illustration d'un corps insécure par une non-conscience de ses limites corporelles.

M. Klein, nous parle de la *position schizo-paranoïque*, caractérisée par des pulsions destructrices et des angoisses persécutrices. (Andjelkovic L., 2002). Elle émet l'idée que l'objet maternel peut être un *bon objet (bon sein)* ou *mauvais objet (mauvais sein)*. Le nourrisson ressent alternativement un sentiment d'amour mais aussi un sentiment de frustration, d'angoisse. Donc, ces mauvaises expériences, vécues comme une source persécutante, traumatique, doivent être évitées pour que le nourrisson puisse construire son Moi. Sinon, des angoisses peuvent se mettre en place et engendrer des pathologies à l'âge adulte. L'environnement instable de Thomas caractérisé par une violence familiale et l'angoisse de sa mère n'ont sûrement pas permis une expérience gratifiante et sécurisante pour Thomas.

1.1.3 Les conséquences à long terme

En outre, le traumatisme de toutes ces crises d'épilepsie (notamment celles néo-natales), ont eu un retentissement désastreux sur la construction psychocorporelle et le Moi de Thomas. Pendant ces courts instants, l'intensité de la crise va réduire le fonctionnement de son organisme au néant.

Par conséquent, ses angoisses proviendraient d'un trop plein de sentiment destructeur et d'insécurité. La représentation de son corps ne peut être fiable, ce qui remet continuellement en question son intégrité corporelle. Je peux le constater par la présence des TOCs de Thomas et de ses stimulations sensorielles (frottements de ses vêtements, grattage, musique), ce qui lui permettrait selon moi, de garder une intégrité corporelle.

Le caractère redondant, ainsi que l'imprévisibilité des crises majorent la crainte de voir réapparaître une crise et provoquent stress et angoisse. C'est alors que le malade prend conscience de la gravité de sa pathologie. « Lors de chutes, de blessures, il mesure le risque encouru, parfois mortel : accidents, noyade, brûlures » (Castelbou A., 2008, p. 78). Au cours d'une séance où nous regardons une vidéo d'un chien sauveteur en mer, Thomas semble apeuré à l'idée de devoir nager. En effet, il nous raconte qu'il n'aime pas l'eau puisqu'il a

failli se noyer étant plus jeune. Thomas prendrait conscience de sa vulnérabilité et engendre une montée d'angoisse.

Enfin, lorsque Thomas teste le cadre en me désobéissant et en refusant mes propositions, je m'interroge d'un potentiel besoin de maîtrise, qui rejoindrait les TOCs ayant pour fonction, en partie, de maîtriser l'angoisse. En effet, « les besoins de sécurité psychique requièrent une maîtrise de son environnement matériel ou familial » affirme Rofidal et Pagano (2018, p. 103). Ses difficultés de langage, de repérage spatio-temporel et l'altération de son schéma corporel occasionneraient aussi une angoisse et seraient alors la manifestation d'un corps insécure.

En outre, je fais l'hypothèse que le sentiment de discontinuité engendrerait probablement des angoisses. « En effet, le jeune enfant acquiert le sentiment d'exister et la continuité du Soi grâce à l'intériorisation progressive d'un sentiment de sécurité et de contenance » (Clément M.C., 2013, p. 222). Les crises épileptiques de Thomas, ses potentielles absences et pertes de conscience, ont peut-être altéré ce processus.

En conclusion, l'apparition de l'épilepsie de Thomas pourrait avoir entravé son développement psychomoteur et les interactions précoces. En effet, les nombreuses hospitalisations ont pu fragiliser les premiers liens entre Thomas et ses parents. De plus, la fragilité de sa conscience corporelle et de ses repères spatio-temporels ont pu avoir des répercussions sur ses explorations motrices. Ces perturbations sont donc venues fragiliser la représentation de son corps et de son environnement et ainsi engendrer de l'angoisse.

L'environnement maternel, ses soins précoces et son portage procureraient au bébé un sentiment continu d'exister. Nous pouvons donc imaginer que c'est grâce à une représentation solide et constante de son corps que le nourrisson surmontera positivement ses angoisses corporelles archaïques. Cependant, le défaut de contenance laisserait donc le champ libre au sentiment d'angoisse.

1.2 La fonction maternelle entravée et ses répercussions

D.W Winnicott (Winnicott et al., 2007) décrit la fonction de la *mère suffisamment bonne* comme nous l'avons vue plus haut. Lors de la rencontre avec l'enfant épileptique, les fonctions maternelles risquent d'être altérées, alors que ce dernier en a le plus besoin.

En effet, la mère joue un rôle de miroir pour son nourrisson, c'est d'abord par son regard qu'il se perçoit. Si cette fonction de miroir est entravée par un regard chargé d'angoisse, d'impuissance, de désespoir ou de pessimisme, nous pouvons nous demander ce que peut renvoyer la mère à l'égard de son fils.

De plus, la fonction d'attention et la capacité de rêverie de la mère à l'égard de son enfant peuvent aussi être fragilisées. Alors, si l'absence, le mal être ou les défenses trop rigides de la mère prennent trop de place, l'enfant ne reçoit pas en retour ce qu'il est en train de donner. Donc, le reflet de lui-même peut alors s'atrophier et entraver l'échange avec le monde extérieur.

Pour la mère de Thomas, la maladie inéluctable et son lot de questionnements concernant l'avenir de son fils représenteraient une source d'angoisse. Celle-ci peut se transférer sur Thomas et accentuer son insécurité. Elle lui renvoie alors un vécu angoissé qui aura des répercussions sur son propre vécu de l'épilepsie, vécu qui a été déjà infiltré par sa propre angoisse de disparition lors de la perte de conscience, ou par l'angoisse de perdre son contrôle corporel (mictions, bave...). (Castelbou A., 2008, p. 78).

De plus, la question de la contenance évoquée lorsque Winnicott (Winnicott et al., 2007) parle de *holding*, de la continuité d'être du bébé et du maintien de son environnement jouerait un rôle quant à son développement psychique et physique. Si cette fonction fait défaut, cette mère ne peut assurer à son enfant une enveloppe rassurante et continue. Chez Thomas, cette présence maternelle sécurisante et suffisamment contenante fait donc probablement défaut. L'environnement familial violent et les sentiments d'angoisse qui place sur la famille se répercuteraient sur Thomas.

1.3 L'instabilité psychomotrice de Thomas

Face à son impulsivité et son énergie débordante, je repense à ce que Thomas a exprimé à ma maître de stage lors du bilan psychomoteur quand il disait n'avoir « peur de rien ». En effet, il pourrait renvoyer une image d'un jeune homme qui n'a pas peur, quelqu'un de confiant. Pour autant, Thomas ne m'a pas l'air sûr dans son corps et ne met rien en place pour se protéger. Je me demande alors comment Thomas met-il son corps en jeu ?

Lorsqu'il est sur le gros ballon ou pendant le jeu du Twister par exemple, son agitation et son instabilité m'interpellent. En effet, elles n'apportent rien d'efficace et viennent même entraver la réalisation de ses actions. J'observe aussi des appuis qui semblent fragiles, un

corps en déséquilibre. Le gros ballon est un objet instable et mobile sur lequel on doit tenir en équilibre pour ne pas tomber. Ici, je fais le lien avec la discontinuité de son vécu et l'aspect mouvant du ballon qui semble provoquer chez lui une agitation et sans doute, un sentiment insécure. Cet exercice d'équilibre sur le ballon produit une source d'excitation motrice chez Thomas et cela me questionne sur sa propre sécurité interne, est-elle suffisante pour qu'il puisse se mouvoir en étant sécure corporellement et psychiquement ?

1.3.1 L'instabilité psychomotrice, un symptôme pour maîtriser son corps ?

Je remarque néanmoins que Thomas a envie de tenir sur ses appuis et met en place des comportements qui me semblent archaïques et non élaborés. Ses gestes me paraissent incertains, sans sens, compulsifs. Devant l'agitation de Thomas, je n'ai pas l'impression d'être aux côtés d'un jeune homme de 23 ans. Cette excitation me perd quelque fois. Je me demande alors si cela reflète son besoin d'être dans l'action, dans la maîtrise de son corps ?

Pour A. Bullinger, « habiter son corps suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme » (2007, p. 152). Ainsi, c'est à travers les sensations que le sujet peut développer une « zone habitable » (Bullinger A., 2007, p. 152). Cependant, les personnes atteintes d'épilepsie n'ont plus aucune maîtrise de leur corps devant l'imprévisibilité et l'ampleur de certaines crises. Chez Thomas, je me questionne sur un besoin de maîtriser son corps par le mouvement.

1.3.2 Un corps en quête de contenant ?

Cette agitation ainsi que sa grande instabilité me donnent une impression d'un besoin de contenance. Comme le souligne E. Bick qui a développé le concept de *peau psychique*, la fonction contenante de la peau est capitale pour le bon développement psychique du bébé. (Decoopman F., 2010). De même, lors de ses observations, elle décrit l'importance d'un objet contenant qui servira de support, de soutien au bébé. Telle une matrice, l'enfant se sentira contenu par la peau puisqu'aucune des parties de sa personnalité ne sont liées entre elles.

C'est ainsi que les troubles de la fonction contenante, qu'elle nomme *première peau*, pourront aboutir à une perturbation du contenant et venir engendrer le développement d'une *seconde peau*. Ainsi, le bon développement de l'enfant reposerait donc sur cette conception solide de se créer une peau psychique et son altération pourrait l'amener à construire une *seconde peau* puisque son objet contenant lui aurait fait défaut. Dans le cas de Thomas, cette défaillance pourrait se traduire par la résurgence de ses angoisses et ses TOCs de grattage.

Lors du jeu de corps à corps, son dynamisme semble ici bénéfique. Je remarque que ce qui est opérant lors de ce jeu de confrontation est la notion de compétition. Par ailleurs, les règles du jeu permettent de constituer une forme d'enveloppe contenant, un cadre à respecter et une limite à ne pas enfreindre. L'exercice du jeu corps à corps illustre bien ce propos. Dans ce jeu de compétition, nous pouvons penser que Thomas a envie de gagner la partie et ainsi de maîtriser cet exercice. Je suppose que ce jeu lui permet d'habiter son corps, notamment grâce aux consignes, aux règles et au cadre fixe. Une certaine pugnacité se fait ressentir, l'envie de s'accrocher à la vie et de surmonter la maladie.

De plus, je remarque que son agitation est majorée lorsque Thomas est dans un grand espace, pas assez contenant, sans limite physique. Par exemple, lorsque nous sommes allés faire une partie de football lors de la séance de médiation canine, Thomas s'est montré beaucoup plus agité au milieu de ce grand terrain de foot et ne manquait pas de chercher les limites du cadre en lançant le ballon en dehors du terrain.

En lien avec les extraits de séances dont je viens de parler, je me demande si son instabilité et son agitation peuvent être liées à un espace trop vaste, une angoisse de morcellement ou de liquéfaction ?

De plus, les activités sont réalisées rapidement comme si son corps lui interdisait de prendre le temps. Toujours, je ressens ce besoin d'être en mouvement, amplifié dans les moments de transition. Je propose alors des variantes pour faire évoluer le jeu et lui permettre de rester dans la partie. Thomas s'impatiente et s'agite rapidement, notamment lorsque notre attention n'est pas directement portée sur lui, c'est le cas lorsque je prépare un exercice par exemple. N'existerait-il qu'au travers du regard d'autrui qui valide sa présence et par conséquent son existence ?

Je comprends que la place de cette agitation est en lien avec les moments de flottements et qu'elle pourrait apparaître lorsqu'il n'est pas suffisamment accompagné dans l'inaction. Pour atténuer les moments d'excitation, nous mettons en place des rituels de fin de séance où Thomas m'aide à ranger le matériel. C'est un moyen de lui signaler que la séance se termine et cela lui apporte un repère.

En fin de compte, je remarque que le cadre et les rituels sont essentiels dans les rencontres avec Thomas pour pallier son potentiel manque de sécurité interne. C'est effectivement par

ces procédés que je peux lui offrir des limites et lui garantir un support de confiance. En effet, lorsqu'il se sent contenu, Thomas se montre conciliant et rassuré.

2. Une réassurance possible par le biais d'une enveloppe stable

2.1 Un cadre et une présence contenantante qui fait sens

Mon travail de future psychomotricienne s'axe sur le corps du patient, ce corps épileptique, meurtri, en quête de contenance. Par leurs incohérences, les crises engendrent une discontinuité du vécu du malade. C'est pourquoi la recherche d'une stabilité et de repères internes font partie intégrante de la thérapie psychomotrice avec Thomas.

Les travaux de W. Bion s'intéressent à la notion de contenance. Il parle d'un modèle « contenant-contenu » où « le nourrisson projette une partie de son psychisme, notamment ses émotions incontrôlables, le « contenu », dans le bon sein « le contenant », pour les recevoir en retour détoxiquées et être mieux capable de les supporter » (Potel, C., 2010a, p. 328). Donc, la mère aurait aussi un rôle de contenant face au désarroi du bébé. Elle serait donc capable d'accueillir et de transformer les sentiments de déplaisir du nourrisson. (Potel, C., 2010a, p. 328).

À l'image de la fonction maternelle, la contenance du psychomotricien passe par son attitude et la sécurité d'un cadre solide. Pour C. Potel, le cadre « contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (2010a, p. 321).

Instaurer et percevoir son corps comme une entité stabilisée dans le temps et dans l'espace serait bénéfique pour Thomas dans la gestion de ses angoisses. Le cadre représente une bordure, une délimitation qui va séparer l'intérieur de l'extérieur. Il détermine ainsi un espace précis, un lieu pour lui, pour son corps où il peut prendre place. « Pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices » affirme C. Potel. (2010a, p. 322)

L'espace de la salle de psychomotricité offre à Thomas un lieu permanent qui favorise un ancrage spatial. C'est aussi une salle qui peut se transformer en un lieu source d'expérimentations, un espace isolant qui protège et contient. Thomas peut faire l'expérience d'un corps relâché, détendu.

Puis, le cadre détermine aussi un temps : la durée ou la fréquence de la séance. D'après C. Potel, « une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante [...] et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères » (2010a, p. 322). J'imagine donc que cette régularité dans le temps crée de l'assurance et une stabilité chez Thomas.

Le besoin de repères semble aussi être présent chez d'autres patients. En effet, je note que les horaires imposés peuvent être stressants. Ils ne supportent pas d'attendre lorsque nous arrivons avec quelques minutes de retard et se contrarient facilement lorsque nous leur demandons de patienter. Les horaires permettent ainsi de contenir le sujet dans un espace-temps sécurisant.

La structuration spatio-temporelle, tel un cadre contenant, va sécuriser et permettre au sujet de trouver des repères, d'acquérir des gestes appropriés ainsi que de réguler ses émotions. Ce cadre agit comme une enveloppe imperméable qui permet entre autres de contenir ses fonctions de *pare-excitation*.

Ainsi, le cadre contenant va permettre à Thomas de se sentir en toute sécurité pour investir pleinement ses séances. Le lieu sûr lui permet d'exprimer ses émotions, de se sentir en confiance. Cette enceinte rassurante qu'il garde constamment avec lui est donc un bon moyen de contrer ses angoisses et sa nervosité. Cela explique sans doute l'absence de ses TOCs en séance.

De plus, nous pouvons faire le rapprochement avec D. Anzieu (1995) et son concept de *Moi-peau*. La peau agirait comme une protection contre l'excès de stimulations externes et en ce qu'elle est de protectrice, contenante, participait à la maintenance psychique. Ainsi, que ce soit la peau ou le cadre, on note qu'il existe bien un dedans et un dehors, une présence et une absence. Une frontière entre la peau réelle du sujet, celle qui limite le corps et le monde extérieur.

Thomas a tenté de repousser les limites à plusieurs reprises, il me testait, soupirait et n'était pas toujours très attentif à mes recommandations. Alors, en posant un cadre, en énonçant les limites, je me suis rendu compte que cela rassurait Thomas et qu'il respectait mieux mes remarques.

Lorsque nous sommes allés dehors sur le terrain de football, Thomas s'est montré agité en lançant le ballon en dehors du terrain sans faire attention aux voitures. Une fois encore,

le contexte environnemental nous montre l'importance du cadre thérapeutique permanent et contenant.

De plus, je remarque chez Thomas que les consignes doivent être claires et suffisamment saisissables. Lors de l'exercice du corps à corps, Thomas avait un but : gagner et récolter le plus de points possibles. L'aspect de compétition était ici porteur et moteur pour Thomas. Grâce aux règles, ce jeu montre en effet que les pensées et les tensions excitatrices de Thomas peuvent s'exprimer dans un espace sécurisé. C'est la fonction de *pare-excitation*.

Desobeau et al. (1999, p.174) nous expose ce postulat : « Le cadre et la règle jouent un rôle de contenant et instaurent un système de pare-excitation. Les limites de sécurité sont garanties par le thérapeute dans le cadre ». Ainsi, Thomas ose s'exprimer et se laisse prendre au jeu dans la relation offerte.

De plus, il peut évoluer, progresser et expérimenter si le cadre reste inchangé. Ainsi, cette stabilité lui offre la possibilité de changer sa façon d'investir son corps en passant d'un corps insécuré à un corps sécurisé. « Le cadre est un invariant au sein d'un processus de changement » affirme F. Pelletier (Ballouard C., 2006, p. 18). Il est en quelque sorte un mur infranchissable, permanent mais nécessaire pour qu'une évolution puisse aboutir.

Ce cadre, comme le décrit D. Anzieu (1995), pourrait prendre également une fonction contenante, telle la fonction maternelle, qui protège le bébé à l'image d'une enveloppe protectrice. Pour apporter une source rassurante, il m'est arrivé de proposer à Thomas de mettre une musique qu'il aime. Je le regarde, Thomas chante, se détend et réalise l'exercice avec plus de facilité et de relâchement. Ici, mon regard vient le soutenir et lui signale que mon attention se porte sur lui. Par ce *holding* psychomoteur qu'offrent les séances de psychomotricité, Thomas expérimente son corps de manière sécurisée.

F. Desobeau affirme que « la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est » (2010, p. 59). Du fait de la dysarthrie de Thomas, l'échange et la communication étaient difficiles à mettre en place, je ne savais pas par quel moyen le rencontrer. Pour rester dans une communication rassurante, je devais trouver des moyens de rencontre pour que l'on puisse se comprendre. Nos échanges passaient beaucoup par l'imitation, notamment lorsque je devais lui expliquer les consignes d'un exercice. Le langage corporel prenait ici tout son sens et correspondait totalement à Thomas. Nous parvenons ainsi à nous comprendre sans passer par l'écriture.

En conclusion, un cadre contenant est celui qui permet la relation, l'expression, sans étouffer l'autre, ni l'enfermer dans un carcan.

2.2 La relaxation pour habiter son corps sereinement

D'abord, je souhaite partager mon avis quant au choix du type de relaxation avec Thomas. En effet, pour un patient instable psychiquement et corporellement, qui a besoin d'être dans le mouvement et supportant difficilement l'immobilité, la relaxation passive peut paraître incohérente avec la problématique du patient.

Cependant, c'est aussi cette approche de relaxation qu'utilisait ma maître de stage avant mon arrivée. Alors, apporter de la continuité dans le soin me paraît essentiel pour ne pas faire rupture. C'est ainsi que je décide de poursuivre ce travail de détente.

Par ailleurs, la méthode de relaxation Bergès me semble être riche et intéressante chez Thomas pour qui le relâchement musculaire est difficile. Ce recours au raidissement me fait penser à une angoisse de liquéfaction où Thomas tente de se contenir par la force de ses muscles. Lors des mobilisations passives, les bras de Thomas étaient tendus et il ne parvenait pas à les détendre. J'é mets l'hypothèse que son hyper maîtrise musculaire pourrait être un moyen de consolider son *Moi-peau*.

Les séances ont également montré une méconnaissance du fonctionnement de son corps.

En lui donnant des exemples concrets tout en conciliant émotion et état corporel (« lorsque tu es énervé, ton corps se tend, ton muscle est dur », « lorsque tu es calme ou que tu te reposes sur ton lit, ton corps se relâche, ton muscle est tout mou »), tout un travail se joue autour de la représentation. Thomas est invité à penser, réfléchir et ouvrir une curiosité reliée au corps et à son fonctionnement.

Le corps de Thomas s'est ensuite relâché, son bras est devenu souple et se déposait davantage dans mes mains, sur le sol. Après lui avoir expliqué la différence entre un muscle tendu et détendu, Thomas a donc mieux réussi à réguler son tonus et semble ainsi avoir une meilleure compréhension de son corps. Après ce temps d'échanges, Thomas a pu finir la séance les yeux fermés dans un état général de quiétude. Cela m'évoque le fait que la relaxation doit être suffisamment bonne, pas parfaite, comme l'évoque Winnicott (Winnicott et al., 2007) en parlant du rôle de la mère.

De plus, mobiliser chaque partie de son corps permettrait d'apporter de la contenance et favoriserait l'intégration de son schéma corporel qui semble faire défaut. Restructurer son corps à travers la notion de continuité corporelle serait ici bénéfique. Je veille à mobiliser son corps en entier à savoir les bras, les jambes, le ventre, la nuque et la tête. Le toucher et les mobilisations passives lui permettent alors une redécouverte de son corps et une reconstruction d'une topographie corporelle. En effet, lorsque Thomas me fait comprendre qu'il aimerait que je lui mobilise la nuque, je perçois le besoin d'un corps rassemblé, lié et la nécessité de mobiliser l'ensemble du corps.

Puis, la relaxation sollicite également la solidité corporelle. Par exemple, en venant toucher les parties osseuses de son corps (coude, genoux, épaules...), je l'accompagne vers un corps sur lequel il peut s'appuyer. Le toucher redonne donc une forme, une limite et un contenant ce qui lui apporte une notion de solidité et de complétude.

De plus, je me questionne sur les mobilisations de la tête qui semblent lui avoir fait du bien. Je suppose que la nuque est une zone de tensions où se logent des raideurs. Ici, Thomas semble avoir accepté la détente et donc le relâchement cervical. Je suppose qu'il a pu prendre conscience de ses possibilités de relâchement en laissant de côté ses raideurs, son angoisse et ses tensions.

Au début des premières séances de relaxation, Thomas s'installait sur le ventre, les bras le long du corps. Cette position fait penser à un besoin de protection et de lutte contre des angoisses. Lorsque Thomas décide pour la première fois de s'installer sur le dos, je suppose que la relaxation est en train d'œuvrer. Ce changement m'évoque une position d'ouverture. Le cadre suffisamment contenant et stable apporterait chez Thomas une sécurité et la possibilité de se détendre sans être dans une position de repli.

Je me demande aussi comment la relaxation peut-elle favoriser la notion d'enveloppe ?

Comme l'a démontré G. Haag (Ciccone A., 2001), il est important d'apporter de la sensorialité pour favoriser ce sentiment d'enveloppe. Que ce soit grâce au toucher ou encore à l'ouïe, deux sens fondamentaux qui participent à la création de cette enveloppe sensorielle, E. Bick (Taly V. et al., 2013) nous rappelle la nécessité de les multiplier pour optimiser le sentiment continu d'exister. Ainsi, lors des séances de relaxation, Thomas est plongé dans un bain sonore (par ma voix et la musique), et cela me paraît être un bon moyen de construire une enveloppe sonore et de remplir l'espace.

Les couvertures étendues sur le corps de Thomas viennent l'envelopper tel un cocon. Recouvrant son corps en entier, elles permettent également d'apporter la notion d'enveloppe à l'image d'une seconde peau protectrice et servent de barrières entre son corps et mes mains.

De plus, cette enveloppe tactile est majorée par les pressions successives de mes mains sur tout le corps de Thomas. En appuyant de façon plus ou moins prononcée sur ses membres, la méthode Bergès permet de lui faire prendre conscience des limites de son corps et des différentes parties qui le composent. Pour être encore plus dans l'enveloppe sonore, je les nomme, ce qui accroît la prise de conscience corporelle.

Le toucher, par sa fonction contenante et limitante, répondrait aux différentes fonctions du *Moi-peau* d'Anzieu (1995). Pour être rassuré et totalement sécurisé, le bébé a besoin d'un contenant, apporté par la mère dans les premiers moments de sa vie. C'est grâce à ce *Moi-Peau* qu'il va se sentir en sécurité et contenu à l'intérieur de son propre corps. La manière dont la mère porte et pense son bébé va lui permettre de parfaire l'expérience de lui-même et comprendre qu'il est un être unifié.

À la lumière de cette fonction du *Moi-peau*, la relaxation peut répondre à ce besoin de cohérence du corps et lui apporte des expériences sécurisées et contenant.

Pour conclure, je me rends compte que durant la séance de la relaxation, Thomas est capable de se poser et de lâcher prise sans être sur le qui-vive. Peut-être qu'en se sentant contenu et lié, il peut mettre de côté ses tensions. Thomas est incapable d'exprimer sa douleur verbalement. Donc, passer par le corps permet de ne pas aller tout de suite vers le verbal.

Trouver sa place sous le regard de l'autre pour finalement trouver sa place dans son corps est selon moi essentiel dans la prise en soin psychomotrice de Thomas.

2.3 La notion de continuité dans le vécu du patient

Tout comme notre esprit, notre corps est inscrit dans une continuité et sera marqué par le temps.

On constate dans le parcours de vie de Thomas qu'il a subi des hospitalisations répétées et qu'il a été déplacé d'une structure à une autre dans un délai très court. Un parcours chaotique donc, avec un père absent et une déscolarisation.

De plus, du fait des altérations psychiques liées aux crises, Thomas peut également se sentir désorienté, en quête de repères.

Ces éléments sont perturbateurs pour un enfant en pleine construction et il n'aurait donc pas pu mettre en place tous les moyens pour se construire de façon stable et sécurisée. De plus, ce vide abyssal que laissent ces crises majeure sans doute cette notion de discontinuité.

Je pense à Jean, un patient de 50 ans que je reçois toutes les semaines et qui récemment a fait une crise d'épilepsie. Cette crise est survenue dans le couloir en attendant la séance. Il n'a pas l'air de comprendre ce qu'il s'est passé et me semble perdu. Il est confus et les réponses à mes questions sont incohérentes. À ce moment-là, je suppose que cette crise peut provoquer chez Jean un sentiment de rupture, de discontinuité venant casser un rythme.

Selon D. Marcelli (2007, p. 124) « le rythme est essentiellement un liant. Il relie ce qui est du registre de la continuité ».

D. Marcelli évoque la question des macrorhythmes lors du début de vie du bébé. « Inscrit dans un macrorhythme suffisamment répétitif stable et sûr, le bébé peut « construire » la continuité de son narcissisme où ce qui est attendu advient, où l'attente confirmée calme et apaise » (Marcelli D., 2007, p. 126-127). On retrouve cette similitude des soins maternels observés par Marcelli avec nos séances en psychomotricité.

Selon A. Lauras-Petit, « les rythmes organisateurs du cadre en thérapie se caractérisent par leur répétition qui permet la mémorisation, l'anticipation, la prévisibilité ». (2009, p. 112). En effet, les séances individuelles, le groupe de médiation canine, qui se déroulent chaque semaine, les horaires et les lieux connus sont autant d'éléments qui créent une continuité. Cela se retrouve dans les groupes thérapeutiques auxquels participent les patients. Ces repères temporels sont illustrés par l'utilisation de flyers ou d'images qu'ils rapportent chez eux. L'idée est de ne pas faire de rupture entre les séances et qu'ils puissent créer du lien entre ce que nous disons en séance et ce qu'ils vivent eux, en dehors du groupe.

Le rythme est aussi « l'un des facteurs fondamentaux qui nous sortent du chaos et nous prémunissent contre les ruptures. » (Lauras-Petit A., 2009, p. 106)

En effet, j'ai constaté chez Thomas que les tensions s'accroissent davantage lors des moments de flottements. Les débuts de séances s'avèrent quelques fois compliqués,

notamment lorsque nous débutons le travail : il ne montre pas de motivation, ne m'écoute pas et est agité.

Puis, le temps de reprise à la fin d'une séance de relaxation demandait un effort considérable à Thomas, j'avais le sentiment qu'il ne voulait plus revenir à la séance et qu'il vivait ce moment comme une rupture. Plusieurs fois, je me suis demandé comment faciliter ce temps de reprise. J'ai pris conscience qu'il fallait simplement lui laisser du temps et lui faire comprendre par diverses indications que la séance était terminée (l'arrêt de la musique, la réouverture des rideaux ou encore l'élévation du son de ma voix).

Les fins de séances ont aussi nécessité des ré-ajustements pour que l'on puisse clôturer la séance d'une façon harmonieuse. Grâce aux rituels, Thomas prend davantage le temps et ne s'enfuit pas à toute allure.

Les séances de psychomotricité sont donc essentielles pour Thomas au vu de son sentiment de discontinuité. Elles lui apportent ce cadre contenant et rassurant que ses crises d'épilepsie sont venues perturber.

De plus, les rituels que j'ai essayé d'instaurer (éteindre son téléphone lorsqu'on entre dans la salle ou ranger le matériel avant de quitter la salle) sont des éléments repères que Thomas commence à s'approprier. À travers la rythmicité et la continuité, il acquiert petit à petit une sécurité interne, ce qui va lui permettre de reconstruire son sentiment continu d'exister. Ainsi, nous continuons à travailler au fil des séances cette continuité essentielle pour renforcer ce sentiment d'enveloppe contenant.

2.4 La médiation canine : une enveloppe groupale sécurisante

2.4.1 L'intérêt d'un dispositif de soin groupal chez Thomas

Le travail des soignants, dans ce groupe de médiation canine assure la mise en place d'une enveloppe groupale sur laquelle Thomas peut s'appuyer. L'effet groupal lui procure une enveloppe psychique et de ce fait, il se sent contenu et rassuré. En tant que thérapeute, le psychomotricien veille à apporter le *holding* et *handling* cher à D.W. Winnicott (Winnicott et al. 2007) et à maintenir son *sentiment continu d'exister*.

Toujours selon D.W Winnicott ces mêmes soignants occuperaient « position de préoccupation maternelle » (Winnicott et al., 2007). En effet, nous portons toute notre attention sur Thomas lorsque celui-ci nous montre ses expériences avec le chien.

Il est en confiance au sein du groupe et cela se confirme : Thomas apparaît comme le « moteur du groupe ». Il prend place et malgré ses difficultés de langage, j'observe que Thomas échange facilement sans passer nécessairement par le langage verbal.

De plus, le chien lui facilite la communication. Thomas, en s'adaptant au chien par ses gestes, sait se faire comprendre. Ainsi, le chien l'écoute et obéit à ses ordres. Je remarque qu'il ne se disperse pas et qu'il arrive à se poser. Thomas se comporte de manière très fluide et davantage sécurisée dans l'interaction. Par exemple, pendant la partie de volley organisée avec le groupe médiation canine, j'ai constaté qu'en étant bien ancré sur ses genoux, sécurisé par l'effet de groupe, Thomas a dépassé son besoin de bouger.

Finalement, ce groupe est bénéfique pour Thomas afin qu'il puisse créer du lien avec autrui, lui apporter un vécu sécurisant et canaliser ses angoisses. Comme énoncé précédemment, l'effet de groupe créé par les participants mais aussi par le chien sont autant d'éléments qui contribuent au sentiment d'enveloppe.

« Pour D. Anzieu (1984), le groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus [...] Cette enveloppe, constituée de codes, de règles implicites ou explicites, permet de créer un espace interne » (Dahan N., 2012, p. 141).

À travers le cadre rassurant et structurant de la séance, je suppose que Thomas parvient à organiser son espace intérieur. En effet, je remarque que son instabilité et son besoin d'être constamment en mouvement se sont atténués en séance.

De plus, être en groupe permet de travailler la place que l'on souhaite occuper et oser s'intégrer aux autres. En effet, Thomas paraît canalisé et semble avoir trouvé sa place. En parlant du groupe, D. Anzieu (Dahan N., 2012) évoque la question d'appartenance. Le dispositif groupal formerait un maillage où tous les participants sont les membres de cette chaîne.

Pour conclure, le groupe de médiation canine aura permis à Thomas d'investir son corps en étant sécurisé et à atténuer ses angoisses. Élément moteur de ce groupe, il parvient à "habiter" son corps, mieux le connaître et continuer à le construire.

2.4.2 L'animal, bien plus qu'un médiateur : un repère

Comme toute médiation avec un animal, les séances reposent sur la communication (Lehotkay R. et al., 2012). Cette médiation thérapeutique, révélateur pour Thomas, a su l'aider à créer un lien par le jeu et ses interactions.

Je constate que Thomas s'adapte aux réactions du chien. Par exemple, lorsque le chien est allongé, Thomas s'abaisse et quand le chien obéit, Thomas le félicite. Il met toute sa bienveillance au service du chien comme une mère le ferait avec son enfant. Je fais ici le lien avec son enfance et un potentiel manque de contenance et d'ajustement de la part de ses parents. Thomas prendrait soin de l'animal à l'image de la figure parentale qui s'occuperait de son enfant.

Depuis toujours l'animal, contribue à favoriser le lien social, l'attachement. Ne dit-on pas que le chien est le meilleur ami de l'homme ? De par son côté affectueux, il nous renvoie à nos émotions sans jugement, ni parti pris. L'animal est dénué de mauvaises intentions, il est spontané et ne se préoccupe pas du handicap ou des difficultés personnelles. Il permet au patient de se sentir valorisé, aimé et aura plaisir à jouer avec lui malgré sa maladie, ses troubles ou ses situations de handicap. Dans cette médiation, le chien est un véritable catalyseur tourné vers les autres avec le seul but délibéré de jouer, se faire caresser et non pas pour effectuer un "travail" thérapeutique uniquement.

Thomas n'a pas besoin de reformuler ses propos, le chien le comprend par ses gestes, sa posture et la tonalité de sa voix.

Selon C. Potel, « Faire vivre des émotions, faire ressentir, favoriser des reviviscences, proposer des modèles identificatoires et des représentations symboliques, laisser émerger des émotions réciproques représentent l'essentiel de notre travail » (2010b, p.72).

Pour O. Moyano (1994), la psychomotricité serait « un support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives » (Scialom et al., 2011, p. 333). Thomas se saisit des interactions avec le groupe mais aussi avec l'animal. Je vois combien la compagnie du chien lui permet d'organiser une temporalité structurante. La façon d'interagir avec le chien est en effet très ritualisée : Thomas apprend à l'appeler, à lui dire bonjour ou à le récompenser toujours de la même manière, avec des codes.

Pour Thomas, ces règles sembleraient structurantes et constitueraient une routine rassurante. Par la création du groupe de médiation canine, l'évolution thérapeutique de Thomas a pris un nouvel élan. Je remarque qu'il est réceptif à l'attachement et l'attention du chien. Si l'on rejoint D.W Winnicott, le chien va jouer le rôle d'objet transitionnel (Blondel M.P., 2004), par sa présence hebdomadaire, il assure une permanence rassurante pour Thomas. En effet, ce rendez-vous est très attendu et le ravit autant qu'il le sécurise.

Lors de la troisième séance, le chien n'a pas pu venir car il était malade et devait passer des examens. L'absence du chien semble avoir perturbé Thomas. L'a-t-il vécu comme une rupture, une cassure ? Thomas, qui n'a pas pour habitude de s'exprimer, interroge l'éducatrice et demande des nouvelles du chien. Il pose également des questions sur la mère du chien. Je m'aperçois de l'importance de la figure maternelle, des liens avec sa famille. Je réalise qu'il s'inquiète et que ses problèmes familiaux re-surgissent et font écho à son histoire de vie. Met-il en lien l'absence du chien avec un vécu abandonnique déjà ressenti dans le passé au départ de son père ?

Il est donc clair qu'au-delà d'un simple médiateur, le chien se positionne comme une figure centrale, un repère. Nous l'avons constaté lors du changement de chien. Thomas était inquiet, perturbé par la perte de cet animal. Le transfert de Thomas avec le chien semblait s'être bien établi. En effet, il a pu montrer qu'avec l'arrivée d'un nouveau chien, un nouveau repère, le transfert se faisait également. Et cette rupture, cette absence, un peu comme une crise d'épilepsie, pouvait par conséquent, se passer sereinement. Le nouvel animal lui apportant encore plus de satisfaction.

CONCLUSION

Bien que le siège de l'épilepsie soit le cerveau, la maladie s'exprime à travers le corps et son retentissement affecte le sujet dans sa globalité, son développement et la construction de soi.

À l'image d'une forteresse, robuste et fondée sur des bases stables, le corps humain sans cesse en évolution doit posséder des fondations solides pour que le sujet puisse se construire en toute sécurité.

Quand l'épilepsie apparaît, c'est un véritable cataclysme qui s'abat sur l'organisme et vient mettre à mal son développement en laissant un corps insécure.

En réalisant mon stage auprès de patients épileptiques, j'ai pris conscience de combien il est important d'instaurer un environnement suffisamment stable et contenant. Alors, tout au long de ce mémoire, j'ai voulu montrer comment la psychomotricité peut aider le patient à habiter son corps d'une manière plus sereine.

Ma rencontre avec Thomas m'a permis de découvrir d'autres aspects cachés de l'épilepsie, loin de ceux effrayants comme les convulsions et les secousses, mais qui malheureusement ont pris une place prépondérante dans son quotidien. Les angoisses, l'instabilité, les TOCs, sont autant de troubles qui mettent à rude épreuve l'existence de ce jeune homme.

Le caractère discontinu et imprévisible des crises m'a marquée et m'a incitée à approfondir mon regard clinique quant aux ressentis de Thomas, à l'accompagner pour qu'il aborde ses absences, ses ruptures, d'une manière plus sereine. Mon rôle de future psychomotricienne prend alors tout son sens dans l'accompagnement de son sentiment de continuité d'existence.

Avec Thomas, j'ai tenté de retisser un lien entre la psyché et le soma afin qu'il se sente ancré, stable et sécurisé, mais également moteur dans l'interaction. Ainsi, « accompagner et soutenir » ont fait l'objet de toutes mes attentions.

La psychomotricité, à travers ses multiples médiations, offre une approche psychocorporelle riche et répond aux besoins des patients que j'ai rencontrés durant mon

stage. Les séances, qu'elles soient individuelles ou groupales, permettent une expérience du corps contenant, enveloppante et structurante.

Cependant, en allant à la rencontre de patients présentant une épilepsie plus sévère, je me suis rendu compte qu'ils souffraient pour la plupart de polyhandicap et que le processus d'intégration de leur personnalité n'était pas ou peu abouti. De ce fait, il est bien compliqué pour ce type de patients de se construire une identité propre, de s'individualiser. Je me suis alors demandé sur quelle base le sujet polyhandicapé allait bâtir cette construction, lui qui n'a pas forcément conscience de lui-même et du monde qui l'entoure ? Et comment la thérapie groupale et l'approche en psychomotricité pouvaient jouer un rôle d'individualisation chez ce sujet ?

BIBLIOGRAPHIE

- Aboutkidshealth*. (s. d.). Consulté 29 avril 2021, à l'adresse <https://www.aboutkidshealth.ca:443/fr/article?contentid=2112&language=French>
- Ajuriaguerra, J. (1956). Intégration de la motilité. *Enfance*, 9 (2), 15-18. <https://doi.org/10.3406/enfan.1956.1511>
- Ajuriaguerra, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2. éd. entièrement refondue). Masson.
- Ajuriaguerra, J. (1985). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements. *Enfance*, 38(2), 265-277. <https://doi.org/10.3406/enfan.1985.2887>
- Andjelkovic, L. (2002). Apport de Mélanie Klein à la compréhension du processus de séparation. *Imaginaire & Inconscient*, 4(8), 45-53. <https://doi.org/10.3917/imin.008.0045>
- Angelino, L. (2008). L'a priori du corps chez Merleau-Ponty. *Revue internationale de philosophie*, 2(244), 167-187.
- Anti-épileptiques : Les Points essentiels*. (2020). <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anti-epileptiques-les-points-essentiels>
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.
- Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche 2007/2 (6)*. (s. d.). Cairn.info. Consulté 22 avril 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2007-2.htm>
- Bachelard, G. (2012). *La poétique de l'espace* (11. ed). Presses Univ. de France.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances Psy*, 49(4), 14-19.
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2^e éd.). Dunod.

- Barabé, N. (2001). Le réveil des angoisses précoces d'écoulement ou d'assèchement lors de l'apprentissage de la propreté. *Dialogue*, 2(152), 99-106. <https://doi.org/10.3917/dia.152.0099>
- Blondel, M.-P. (2004). Objet transitionnel et autres objets d'addiction. *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 459-467. <https://doi.org/10.3917/rfp.682.0459>
- Bullinger, A. (2007). Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensori-tonique. *La vie de l'enfant*, 151-159.
- Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*.
- Calza, A., & Contant, M. (2007). *Psychomotricité*. Elsevier Masson .
- Castelbou, A. (2008). La crise d'épilepsie, entre traumatisme et handicap. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 3(73), 77-82. <https://doi.org/10.3917/lett.073.0077>
- Chamond, J. (2009). Continuité d'être et primitive agony : Le bébé winnicottien et le psychotique. *Natureza humana*, 11(1), 7-36.
- Ciccione, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Ciccione, A., & Lhopital, M. (2001). *Naissance à la vie psychique : Modalités du lien précoce à l'objet au regard de la psychanalyse*. Dunod.
- Clément, M.-C. (2013). Avons-nous bien entendu ? Vous avez dit « épilepsie » ? *Contraste*, 2(38), 219-235.
- Dahan, N. (2012). Un aspect de la dynamique des groupes. *Enfances & Psy*, 54(1), 137-146 <https://doi.org/10.3917/ep.054.0137>
- Decoopman, F. (2010). La fonction contenante : Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute. *Gestalt*, 1(37), 140-153. <https://doi.org/10.3917/gest.037.0140>

- Desobeau, F., Gatecel, A., Vigne, D., et Moyano, O. (1999). L'adulte: Corps, affect et représentation. Dans *Psychomotricité* (p. 209-237). Elsevier.
- Desobeau, F. (2010). Le tonus : Toile de fond des émotions. *Thérapie psychomotrice et recherches*.
- Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. (2017). *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=angoisse>
- Épilepsie*. (2018). INSERM - La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/epilepsie>
- Epilepsie généralisée—AAE*. (s. d.). Consulté 23 avril 2021, à l'adresse <https://www.aae-epilepsie.com/Epilepsie-generalisee.html>
- Épilepsies de l'enfant et de l'adulte*. (2016, septembre 16). Collège des Enseignants de Neurologie. <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/epilepsies-lenfant-ladulte>
- Epilepsie-stat_2018. Pdf—Recherche google*. (s. d.). Consulté 23 avril 2021, à l'adresse https://www.google.com/search?q=EPILEPSIE-STAT_2018.pdf&oq=EPILEPSIE-STAT_2018.pdf&aqs=chrome..69i57j69i60&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Fichtner, C. (2018). *De l'approche sensori-motrice d'André Bullinger en unité de soins intensifs et réanimation*. Érès. <https://www.cairn.info/la-construction-des-representations-corporelles--9782749261553-page-115.htm>
- FMPMC-PS - Dialogue corporel et danse-thérapie*. (2003). <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/danseth/POLY.Chp.1.html#:~:text=Le%20b%C3%A9b%C3%A9%20doit%20construire%20son,du%20tonus%20joue%20un%20r%C3%B4le.&text=Il%20y%20a%20un%20lien,%20une%20conscience%20d'exister>.

- Godard, D. (2020). De la « Looking-Glass Phase » au « stade du miroir » de lacan : Une imposture ? *L'information psychiatrique*, 96(2), 135-143.
- Gronchi Perrin A., Simioni S., Vingerhoets F.J G, Annoni J-M, Berney A. (2008). *Neuropsychiatrie de l'épilepsie, des accidents vasculaires cérébraux, de la maladie de Parkinson et de la sclérose en plaques*. Revue Médicale Suisse.
- Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), 115-130. <https://doi.org/10.3917/jpe.011.0115>
- Korff-Sausse, S. (2007). L'impact du handicap sur les processus de parentalité. *Reliance*, 26(4), 22-29. <https://doi.org/10.3917/reli.026.0022>
- Kotwas, I., & Micoulaud-Franchi, J.-A. (2016). *Épilepsies et anxiété*. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6JsQYChJj-sJ:www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/24636.pdf+&cd=13&hl=fr&ct=clnk&gl=fr>
- Landré, E. (2015). *Epilepsies : Guide à l'usage des patients et de leur entourage*. Bash éd. médicales.
- Lauras-Petit, A. (2009). Rythmes et contenants psychiques. *Champ psychosomatique*, 2(54), 105-126. <https://doi.org/10.3917/cpsy.054.0105>
- Le diagnostic de l'épilepsie*. (2021). VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/systeme-nerveux/epilepsie/diagnostic.html>
- Lehotkay, R., Orihuela-Flores, M., Deriaz, N., & Galli Carminati, G. (2012). La thérapie assistée par l'animal, description d'un cas clinique. *Psychothérapies*, 32(2), 115-123. <https://doi.org/10.3917/psys.122.0115>
- Les aspects psychologiques de l'épilepsie*. (s. d.). VIDAL. Consulté 9 mai 2021, à l'adresse <https://www.vidal.fr/maladies/systeme-nerveux/epilepsie/aspects-psychologiques.html>

- Lesage, B. (2015). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation*.
- Lesage, B. (2021). *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.lesag.2021.01>
- Lesage, B., Auguste, L., Molina, L., Muñoz, C., & Canchy-Giromini, F. (2021). *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité*.
- Malliart, A. (2015). L'enfant porteur de fente et la relation mère-enfant. *Psychologie Clinique*, 1(39), 25-37.
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 4(44), 123-129. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0123>
- Medtronic. (2018). *Diabetes treatment options*. <https://www.medtronic.com/be-fr/patients/traitements-therapies/epilepsie.html>
- Montani, C., & Ruffiot, M. (2009). L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Cliniques méditerranéennes*, 79(1), 103-116. <https://doi.org/10.3917/cm.079.0103>
- Piaget, J. (1981). *Le Développement de la notion de temps chez l'enfant* (3. éd). Presses univ. de France.
- Pineau-Valencienne, V. (2003). *Une cicatrice dans la tête: Un témoignage sur l'épilepsie*. Pocket Jeunesse.
- Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.
- Potel, C. (2010a). *Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès
- Potel, C. (2010b). *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (3^e éd.). InPress.
- Quelles sont les causes de l'épilepsie ?* (2021). VIDAL. <https://www.vidal.fr/>
- Qu'est-ce que l'épilepsie ?* | Fédération Française de Neurologie. (s. d.). Consulté 23 avril 2021, à l'adresse <https://www.ffn-neurologie.fr/grand-public/maladies/qu%E2%80%99est-ce-que->

l'E2%80%99%C3%A9pilepsie#:~:text=Le%20terme%20d'%C3%A9pilepsie%20re
couvre,l'aspect%20impr%C3%A9visible%20des%20crises

Reinaud, D. F. (2011). *Epilepsie: Tout savoir sur les crises partielles*. Concilio.

<https://www.concilio.com/neurologie-epilepsie-crisis-partielles/>

Robert-Ouvray, S. B. (2009). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.

Robert-Ouvray, S. B. (2020). *Psychomotricité du bébé: La construction des liens corps-esprit*.

Rofidal, T., & Pagano, C. (2018). *Projet individuel et Stimulation basale®*. ERES.

<https://doi.org/10.3917/eres.rofid.2018.01>

Saretta Verissimo, D. (2012). Sur la notion de schéma corporel dans la philosophie de Merleau-Ponty: De la perception au problème du sensible. *Bulletin d'Analyse Phénoménologique*. <https://popups.uliege.be/1782-2041/index.php?id=522>.

Sarfaty, J. (2013). Épilepsie et structuration psychique de l'enfant. *Contraste*, 2(38), 143-154.

Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.

Soulayrol, R. (1999). *L'Enfant foudroyé: Comprendre l'enfant épileptique*. Odile Jacob.

Taly, V., Pesneau, A., Nagara, E., Riou-Bourdon, M.-V., Clouët-Coudreuse, M., & Amar, M. (2013). Le développement de la capacité à être seul chez un enfant observé. *La psychiatrie de l'enfant*, 56(2), 585-601. <https://doi.org/10.3917/psye.562.0585>

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement: Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Will, T. (2008). *Troubles psychiatriques chez des patients épileptiques et leurs traitements*. https://www.epi.ch/wp-content/uploads/Artikel-Will_1_08.pdf

Winnicott, D. W., Kalamantovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (2007).

La mère suffisamment bonne. Payot & Rivage.

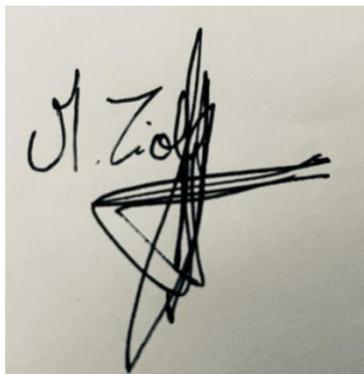
Zinschitz, E. (2007). L'annonce d'un handicap : Le début d'une histoire. *Approche Centree*

sur la Personne. Pratique et recherche, 2(6), 82-93.

Vu par le maître de mémoire :

À Tain l'Hermitage, le samedi 15 Mai 2021

Ziolkowski Chalendar Mathilde,
psychomotricienne DE

A handwritten signature in black ink on a light-colored background. The signature consists of the letters 'M. Ziolkowski' written in a cursive style, followed by a large, complex scribble of overlapping lines.

Auteur : Marie PÉTIN

Titre : L'épilepsie et ses ab-sens, dépourvu de sens. Vers la contenance psychocorporelle chez un patient épileptique

Mots - clés : épilepsie – discontinuité - désordres psychocorporels - contenance.

Epilepsy - discontinuity - mind-body disorders - composure

Résumé : Lorsque l'épilepsie entrave la construction de soi et la façon dont l'enfant va « habiter » son corps, on peut se demander quel impact a l'épilepsie sur ce corps en construction et son retentissement sur le sentiment de continuité d'existence si important pour le devenir adulte. C'est en réalisant mon stage auprès de patients épileptiques adultes que je constate une altération dans leurs expériences psychomotrices, procurant un désordre psychocorporel et une discontinuité. Ce mémoire propose une réflexion sur l'aide que la psychomotricité peut apporter à Thomas et comment à travers ses qualités contenantes, ce jeune adulte épileptique peut retrouver un corps sécurisé.

When epilepsy hinders the construction of the self and the way in which the child will "inhabit" his or her body, one may wonder what impact epilepsy has on this body under construction and its repercussion on the feeling of continuity of existence, which is so important for becoming an adult. It was during my internship with adult epileptic patients that I noticed an alteration in their psychomotor experiences, resulting in a psycho-corporal disorder and discontinuity. This thesis proposes a reflection on the help that psychomotor therapy can bring to Thomas and how through its composure qualities, this young adult with epilepsy can find a secure body.