



**Des médiateurs pour solliciter l'image du corps :
expériences auprès d'enfants porteurs d'un handicap
moteur**

Justine Videau

► **To cite this version:**

Justine Videau. Des médiateurs pour solliciter l'image du corps : expériences auprès d'enfants porteurs d'un handicap moteur. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00868540

HAL Id: dumas-00868540

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00868540>

Submitted on 4 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN
Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Des Médiateurs pour Solliciter l'Image du Corps

Expériences auprès d'enfants porteurs d'un handicap moteur

VIDEAU Justine
Née le 22 août 1991 à Bordeaux (33)

Juin 2013

REMERCIEMENTS

Ce mémoire de fin d'étude ne porte qu'un seul nom sur sa couverture, et pourtant ...

Que serait-il sans l'immense disponibilité et les précieux conseils de Sophie C. ?

Que serait-il sans les connaissances des professionnels de l'Institut d'Education Motrice ?

Que serait-il sans l'enrichissement considérable de la rencontre de chaque jeune
lors de ce stage ?

Que serait-il sans le soutien de ma famille ?

Que serait-il sans l'incroyable présence de six amies avec qui j'ai tout partagé :
Camille, Héloïse, Florine, Elodie, Pauline et Lucile ?

A vous et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire ...

MERCI !

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION.....	8

PARTIE THEORIQUE

I – L’IMAGE DU CORPS	11
-----------------------------------	-----------

A – L’IMAGE DU CORPS EN PSYCHANALYSE	11
---	-----------

1. L’IMAGE DU CORPS SELON P. SCHILDER	12
2. L’IMAGE INCONSCIENTE DU CORPS SELON F. DOLTO.....	12
a) L’articulation entre le schéma corporel et l’image du corps	13
b) L’image du corps : une image composite.....	13
c) Le refoulement	14
3. L’IMAGE DU CORPS DE J. LACAN SELON J.D. NASIO.....	15

B – L’IMAGE DU CORPS EN PSYCHOMOTRICITE.....	17
---	-----------

1. LA CONTINUITE D’EXISTENCE	17
2. L’IDENTITE	17
3. L’IDENTITE SEXUEE	18
4. LA PEAU	18
5. L’INTERIEUR DU CORPS.....	19
6. LE TONUS	19
7. LA SENSIBILITE SOMATO-VISCERALE.....	19
8. LES COMPETENCES COMMUNICATIONNELLES DU CORPS	20
9. LES ANGOISSES CORPORELLES ARCHAÏQUES	21

C – LES TROUBLES DE L’IMAGE DU CORPS.....	22
--	-----------

II – IMPACT DU HANDICAP MOTEUR SUR LA CONSTRUCTION DE L’IMAGE DU CORPS 23

A – LES EXPERIENCES CORPORELLES ENTRAVEES 24

1. LES TROUBLES DE LA REGULATION TONIQUE 24
2. LA DOULEUR..... 26
3. LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES « DEPERSONNALISANTES »..... 26
4. LA MOTRICITE DE BASE ENTRAVEE 27

B – LE DEVELOPPEMENT PSYCHIQUE 28

1. LA PERSONNALITE 28
 - a) Traits de personnalité 29
 - b) Adaptation aux contraintes 29
 - c) Succession de deuils..... 29
2. LE DEVELOPPEMENT DES CAPACITES COGNITIVES 30
3. LE SOI 30

C – LES RELATIONS PRECOCES 31

1. ANNONCE DU HANDICAP..... 32
2. LES COMPORTEMENTS PARENTAUX 33
3. LA RELATION : LES PARENTS ET L’ENFANT PORTEUR D’UN HANDICAP MOTEUR 35
 - a) La vie fantasmatique des parents 35
 - b) La compréhension de l’enfant et les échanges 36
 - c) L’injonction paradoxale 38

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

Médiation et Image du Corps

I – LES FONCTIONS DE LA MEDIATION	41
A – CREER UN ESPACE POTENTIEL.....	41
B – PROPOSER UN ENSEMBLE D’EXPERIENCES SENSORI-MOTRICES.....	42
C – ENTRER EN RELATION AVEC UN AUTRE	43
D – ACCEDER A L’IMAGINAIRE	43
E – ACCEDER AU SYMBOLISME	44
F – PERMETTRE L’EXPRESSION	44
G – PERMETTRE LA RENARCISSISATION	45
 II – ACCOMPAGNER L’ENFANT PORTEUR D’UN HANDICAP MOTEUR.....	 46
A – LA MEDIATION ET LE SUJET PORTEUR D’UN HANDICAP MOTEUR.....	46
B – LE ROLE DU PSYCHOMOTRICIEN.....	47
 III – PRESENTATION DES MEDiateURS.....	 49
A – L’ATELIER CONTE.....	49
B – LA PATAUGEOIRE.....	51
C – LES STIMULATIONS POLY-SENSORIELLES EN ATELIER KIN’EVEIL.....	54

PARTIE CLINIQUE

I – PRESENTATION DE L’INSTITUTION	60
II – PRESENTATION DE LA POPULATION	62
III – FONCTIONNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE	64
IV – LES ATELIERS	66
A – THERAPEUTIQUES.....	67
B – NON THERAPEUTIQUES	69
V – LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE.....	70
A – AU SEIN DE L’EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE L’I.E.M.	70
B – LE BILAN PSYCHOMOTEUR	71
C – LA SPECIFICITE DE L’APPROCHE PSYCHOMOTRICE	73
1. LA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE SELON G. PONTON	73
2. UN RAPPORT AU CORPS PARTICULIER.....	74
3. DES CAPACITES D’ECOUTE ET DE DISPONIBILITE	74
4. D’AUTRES MODALITES DE COMMUNICATION.....	76
D – AU SEIN D’UNE MEDIATION	77
VI – ETUDE DE CAS : RACHEL	78
CONCLUSION	88
BIBLIOGRAPHIE.....	89

AVANT-PROPOS

L'origine du mot « handicap » ...

Elle est attribuée à l'expression « **Hand in cap** » : La main dans le chapeau.

C'était un jeu d'échange d'objets personnels pratiqué au XVI^e siècle en Grande Bretagne. Un arbitre était chargé de surveiller l'équivalence des lots afin d'assurer **l'égalité des chances** des joueurs.

Puis le mot fut utilisé dans certains sports dont les courses hippiques. Lors d'une « course à handicap » un **désavantage** est appliqué sur les meilleurs concurrents sous forme de supplément de poids. Ainsi les meilleurs chevaux égalisent leurs chances avec les moins bons.

C'est une anecdote que le médecin psychiatre raconte parfois aux enfants de l'I.E.M. pour les amener à réfléchir sur diverses questions : Est-ce ma faute ? Pourquoi cela arrive-t-il à moi ? A savoir, leur implication, en terme de responsabilité, concernant leur situation de sujet porteur d'un handicap moteur.

INTRODUCTION

Depuis mon entrée à l'Institut de Formation en Psychomotricité je souhaitais compléter ma formation théorique et pratique par une approche clinique d'enfants porteurs d'un handicap moteur.

Ce choix était motivé par le fait que j'avais, à plusieurs reprises, vécu des expériences très enrichissantes aux côtés de personnes porteuses d'un handicap moteur. Je voulais donc appréhender le soin en psychomotricité auprès de cette population.

En effet, il y a quelques années, j'ai participé au projet de réunir sur scène des danseuses de Modern-Jazz valides et des danseurs de la Klaus Compagnie. Cette dernière est composée de danseurs professionnels valides et de danseurs porteurs d'un handicap moteur qui réalisent de nombreuses créations en danse contemporaine. C'est donc par le biais de la danse, comme moyen de rencontre et d'échanges, que j'ai vécu ma première véritable approche du sujet porteur d'un handicap moteur.

Au lycée, j'ai réalisé les Travaux Personnels Encadrés sur le thème de l'équitation adaptée aux jeunes personnes porteuses d'un handicap. Mes recherches m'ont donc amenée à rencontrer plusieurs d'entre elles : à travers ce médiateur qu'était le cheval, il m'avait été facile de créer des liens relationnels.

J'ai rapidement fait des liens entre ces expériences et l'utilisation de médiateurs que l'on retrouve dans le soin en psychomotricité. Ils permettent d'amorcer un échange relationnel dans un cadre où chacun peut partager ce qui l'anime. Et en effet, lors de mes expériences, ce qui se mettait en place était du côté du plaisir, de la découverte et du vivant.

Pour toutes ces raisons j'avais pour projet d'effectuer un stage au sein d'une institution comportant une équipe pluridisciplinaire et accueillant des enfants ou adolescents porteurs d'un handicap moteur. Cela n'a été possible qu'à mon entrée en troisième année de formation. J'ai alors pu effectuer un stage à l'année dans un l'Institut d'Education Motrice où j'ai été accueillie à raison de deux jours par semaine.

Cela m'a donné l'opportunité de construire une base clinique de l'approche soignante de patients (âgés de 6 à 20 ans) porteurs d'un handicap moteur.

J'ai alors pris part à la prise en charge en psychomotricité de cette population dans le contexte enrichissant d'un travail transdisciplinaire avec différents professionnels.

En effet, l'équipe soignante et éducative a, comme en psychomotricité, le souci permanent de s'adresser au sujet dans sa globalité. Les différentes pratiques se complètent pour permettre aux enfants d'avoir ou de retrouver une certaine unité qui a pu être altérée à la suite d'une importante médicalisation.

Dès mon arrivée au sein de l'I.E.M. je me suis intéressée aux problématiques qui entourent le développement psychomoteur des enfants que je rencontre : quelles différences le handicap moteur amène-t-il dans sa construction et cela plus précisément au niveau du rapport qu'ils entretiennent avec leur corps. C'est à dire comment ils le vivent, comment ils se l'approprient, comment ils se le représentent, ... C'est ainsi que j'ai été amenée à me questionner sur la manière dont les enfants porteurs d'un handicap moteur construisent et investissent leur image du corps.

Ma démarche a alors été celle de m'intéresser à l'abord de cette question dans le cadre du soin en psychomotricité. Du fait de ma présence au sein de plusieurs ateliers, j'ai assez naturellement orienté mes recherches vers l'intérêt d'utiliser des médiateurs pour solliciter l'image du corps du sujet porteur d'un handicap moteur. Au sein de ce mémoire, j'ai donc décidé de répondre à la question :

Y a-t-il un médiateur privilégié qui nous permette, en tant que psychomotricien, de solliciter l'image du corps du jeune sujet porteur d'un handicap moteur ?

Je vais dans un premier temps, présenter le concept d'**image du corps** tel qu'il est expliqué en psychanalyse et en psychomotricité. Ensuite, je vais tenter d'appréhender toutes les difficultés, relatives au **handicap moteur**, que rencontre le sujet au cours de la construction ou de l'appropriation de son image du corps.

Dans un second temps, je vais m'intéresser à l'intérêt qu'il y a d'intégrer la **médiation** au sein de la prise en charge en psychomotricité. Je ferai alors le lien avec l'approche psychomotrice des jeunes sujets porteurs d'un handicap moteur en ce qui concerne l'image du corps. J'illustrerai mes propos en présentant le travail effectué au sein de trois médiateurs : le conte, la pataugeoire et les stimulations poly-sensorielles.

Partie Théorique :

L'Image du Corps

Et

Le Jeune Sujet Porteur d'un Handicap Moteur

I – IMAGE DU CORPS

L'**image du corps** est un concept qui a été créé afin de mieux expliquer l'intégration psychique de la représentation du corps. Si les sensations semblent être à la base de cette notion, elle peut aussi s'étendre jusqu'à des questionnements plus philosophiques.

Il semble légitime qu'en psychomotricité nous nous intéressions à l'image du corps car elle rend compte de la dimension relationnelle présente entre le corps et le psychisme à laquelle nous sommes si sensibles. De plus, sa construction peut être mise en parallèle avec le développement psychomoteur. En effet, comme pour ce dernier, il faut balayer des concepts théoriques allant de la neurophysiologie (par le biais du schéma corporel), à la psychanalyse en passant par la psychomotricité bien sûr. C'est de cette manière qu'il nous est possible d'appréhender l'image du corps.

Dans un premier temps, je vais présenter la notion d'image du corps telle qu'elle est vue en psychanalyse suivant trois auteurs : P. Schilder, F. Dolto et enfin J. Lacan selon J.D. Nasio.

Je m'appuierai ensuite sur les travaux d'E.W. Pireyre afin de présenter sa conception psychomotrice de l'image du corps.

Pour finir, j'aborderai rapidement les troubles qui peuvent apparaître dans la construction de l'image du corps.

A – L'Image du Corps en Psychanalyse

Selon J.D. Nasio, « *le corps qui intéresse la psychanalyse n'est pas notre organisme, corps ausculté et soigné par la médecine. Non le corps qui nous intéresse est notre corps vivant, certes, mais tel que nous l'aimons ou le rejetons, tel qu'il est inscrit dans notre histoire et tel qu'il est impliqué dans l'échange affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés* »¹.

¹ J.D. Nasio, Mon Corps et ses Images, Paris : Payot, 2007, p.112

1 – L'Image du Corps selon P. Schilder

En 1935, P. Schilder fut le premier à donner une théorie de l'image du corps. Pour cela, il s'appuie sur les travaux des neurologues de son époque et partage son intuition selon laquelle il existerait un système de prise d'informations sensorielles au sein de l'appareil neurophysiologique.

S'il emploie la terminologie d' « image du corps », il va cependant la rendre équivalente à celle de « schéma corporel » : « *Le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Nous pouvons aussi l'appeler « image du corps », terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que la sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination* »².

P. Schilder va aussi apparenter l'image du corps à un modèle postural en constante transformation et en **continue élaboration** à partir des changements de position du corps dans l'espace et des autres perceptions.

De plus, selon lui, l'image du corps **se construit dans la relation à l'autre**, il lui confère donc une importance intersubjective. C'est pour cela que nous serions incapables de nous construire une image du corps si nous n'avions pas de contacts sociaux.

Pour finir, il va intégrer le concept de **libido**, qu'il apparente à une « énergie », à sa conception de l'image du corps. En effet, il avance que celle-ci peut se fixer sur des zones corporelles précises, dont les orifices, car ce sont d'importantes sources de sensations. Ainsi la libido permettrait au sujet d'investir successivement différentes zones de son corps.

P. Schilder a eu l'intuition de poser les bonnes questions avec son concept de l'image du corps et ceci à l'aide des connaissances de l'époque. Cependant, il vient tout de même jeter quelques confusions entre les termes « image du corps », « schéma corporel » et « modèle postural ». C'est F. Dolto qui va, par la suite, venir clarifier ces imprécisions.

2 – L'Image Inconsciente du Corps selon F. Dolto

F. Dolto propose, elle aussi, une théorisation de l'image du corps mais, contrairement à P. Schilder, elle va clairement la distinguer du schéma corporel.

² E.W. Pireyre, Clinique de l'image du corps, Paris : Dunod, 2011, p.32

Sa démarche va être celle de s'intéresser principalement à la construction de l'image du corps durant la prime enfance : de la naissance jusqu'à l'accès au langage.

a) L'articulation entre le schéma corporel et l'image du corps³

Le **schéma corporel** serait « *en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine* ». Il correspondrait à un « *vécu du corps dans les trois dimensions de la réalité* », se référerait au « *corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate* » et se structurerait par « *l'apprentissage et l'expérience* ». En résumé, il serait « *une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique* ».

L'**image du corps** serait, au contraire, propre à chacun : « *elle est liée au sujet et à son histoire* ». Elle serait « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles* ». De ce fait, l'image du corps s'éloignerait d'une dimension purement anatomique : c'est « *l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant* ». L'image du corps se structurerait par la communication entre le sujet et la trace. Pour F. Dolto, elle s'actualise dans toute expression langagière, mimiques ou gestes, composition libre (graphique ou plastique). L'image du corps pourrait aussi être un moyen d'expression pour l'enfant : « *chez les enfants qui ne peuvent pas parler directement de leurs rêves ou leurs fantasmes comme le font les adultes dans les associations libres, l'image du corps est pour le sujet une médiation pour les dire* ».

Selon F. Dolto, **ces deux concepts s'articulent entre eux** : « *c'est lui, ce schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une intersubjectivité* » et « *c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui* ».

b) L'image du corps : une image composite⁴

F. Dolto va distinguer trois modalités d'une même image du corps : « *image de base, image fonctionnelle et image érogène, lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution* ».

³ F. Dolto, L'image inconsciente du corps, Paris : Le Seuil, 1984, Citations recueillies : pages 16 à 23.

⁴ Ibid, Citations recueillies : pages 49 à 57

Elle ajoute que ces modalités sont « *reliées entre elles, à tout moment, maintenues cohésives par l'image dynamique* ».

L'**image de base** serait « *ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une « mêmété d'être* », c'est-à-dire dans une continuité narcissique », dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance. Cela malgré les mutations de sa vie, les déplacements imposés à son corps et en dépit des épreuves qu'il est amené à subir. Cette image serait constitutive du « *narcissisme primordial* », ce qui anime son désir de vivre et qui surviendrait avant la naissance, dans le désir des géniteurs qui l'ont conçu.

L'**image fonctionnelle** serait plus dynamique, elle porterait vers l'action. C'est par elle que le « *sujet vise à l'accomplissement de son désir* ». Ce phénomène correspond à un manque localisé dans le schéma corporel qui devient moteur du désir. Le sujet rechercherait alors, de manière active, la satisfaction pulsionnelle dans la relation à son environnement et à l'autre.

L'**image érogène** servirait à ouvrir « *la voie d'un plaisir partagé, humanisant en ce qu'il a valeur symbolique* ». Ainsi il peut être exprimé par des mimiques, des actes et des mots. Cette image serait en lien avec le plaisir ou le déplaisir ressenti dans la relation à l'autre.

Ces trois composantes de l'image du corps se métabolisent, se transforment et se remanient. Elles sont « *reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique* ». Cette dernière correspond au désir d'aller vers un but et à la persévération dans un avenir.

c) Le refoulement⁵

Selon F. Dolto, l'image du corps se « *construit et se remanie tout au long du développement de l'enfant* » et les **castrations symboligènes** représenteraient des étapes importantes et structurantes dans ce développement.

Elles dépendent de la maturation psychoaffective et neuromotrice de l'enfant et correspondent aux étapes successives de découverte et d'investissement des zones fonctionnelles du corps.

⁵ Ibid, Citations recueillies : pages 154 à 158

Au contact de l'environnement, l'enfant se trouve obligé d'abandonner un certain mode de fonctionnement et de satisfaction. Cet interdit du pulsionnel l'introduirait au **symbolisme** et à la **civilisation**.

L'image du corps se développerait avant l'âge de trois ans et l'accès au **stade du miroir** amorcerait son refoulement. A partir de ce moment, l'enfant reconnaîtrait son image dans le miroir parce qu'il reconnaît simultanément l'image de la personne à ces côtés. A cet instant, l'enfant saurait qu' « *il ne peut plus se confondre avec une image fantasmatique de lui-même* ». L'enfant réaliserait alors qu'il est **semblable aux autres** humains, qu'il en est un parmi eux. C'est ainsi qu'il découvrirait l'écart qu'il existe entre l'image et son Moi.

Dès lors, F. Dolto avance que « *le paraître se met à valoir, parfois à prévaloir sur le ressenti de l'être* ». Ces événements entraîneraient un refoulement de l'image du corps par l'image spéculaire, elle deviendrait alors totalement inconsciente.

3 – L'Image du Corps de J. Lacan selon J.D. Nasio⁶

J.D. Nasio explique que, d'après J. Lacan, le corps pourrait être catégorisé ainsi, et qu'à chaque facette du corps correspondrait une image :

- L'image du corps réel : c'est le corps tel qu'on le ressent, le « *corps des sensations, corps des désirs et corps de jouissance* ». Pour construire cette image du corps réel nous pourrions « *le ressentir consciemment (image consciente) ou le ressentir en mouvement (image-action) sans savoir que ces deux façons de percevoir notre corps actualisent d'anciennes perceptions* ».
- L'image du « corps vu » : elle correspond au **corps imaginaire** et J. Lacan la nomme « *Image spéculaire* ». Le corps imaginaire serait celui que l'on voit dans le miroir : pas l'apparence physique et tous ses détails mais « *le corps appréhendé dans la masse, saisi instantanément comme une silhouette ou perçu globalement comme une ombre humaine* ». Elle aurait autant le pouvoir de nous flatter que celui de nous décevoir, mais nous l'investirions forcément. Selon J. Lacan, elle apparaîtrait entre 6 et 18 mois au moment du « stade du miroir ».

⁶ J.D. Nasio, Mon Corps et ses Images, Paris : Payot, 2007, Citations recueillies : pages 114 à 122

Cette étape est essentielle à la construction de l'identité et du « je ». L'enfant reconnaît dans le miroir l'image de son corps et celle de l'adulte qui le tient dans ses bras. Ce dernier va alors lui confirmer que ces deux images sont bien les leurs : l'enfant va pouvoir s'identifier à lui-même mais aussi au parent qui l'entoure. C'est à ce moment que l'enfant découvrirait une image unifiée de sa personne.

- L'image du corps symbolique ou signifiant : Le **corps signifiant** est toujours partiel et fragmentaire selon J. Lacan. Ce sont l'ensemble des particularités physiques (comme le handicap) qui deviennent des signifiants si elles sont toujours associées au sujet. J.D. Nasio écrit que « *le corps signifiant est la singularité corporelle qui détermine, directement ou indirectement, le cours de notre existence* »⁷. L'image du corps signifiant est le nom qui représente la partie signifiante du corps.

De nombreux psychanalystes se sont intéressés à l'image du corps et à son repérage. Pour F. Dolto, l'image inconsciente du corps s'exprime dans l'acte graphique ou plastique, dans la communication langagière, dans les mimiques et dans les gestes. Pour J. Lacan, c'est l'image du corps réel qui peut s'extérioriser dans l'image-action : le regard, les mimiques, la posture et les gestes spontanés.

Leur clinique s'éloigne de celle de la psychomotricité : en psychanalyse le corps est immobilisé sur le divan et l'intérêt de l'analyste porte sur le discours du patient. Leur postulat est que le corps prend forme dans le langage, au sein duquel il est inscrit.

Cependant, les psychomotriciens sont aussi à même d'intervenir auprès d'un sujet souffrant de troubles de l'image du corps. Cet acte est en effet spécifié dans notre décret de compétences sous la formule : « *troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique* »⁸.

⁷ Ibid, p.144

⁸ Décret de compétence du 6 mai 1988

B – L’Image du Corps en Psychomotricité

E. W. Pireyre met en évidence le fait que le psychomotricien a un rôle spécifique à jouer dans le cadre de la prise en charge des troubles de l’image du corps.

Il choisit, au sein de sa théorie de remplacer les terminologies de schéma corporel et d’image du corps par celles de « *sensibilité somato-viscérale* » et d’ « *image composite du corps* ». Pour lui, le terme de schéma corporel renvoie au fonctionnement des « *différents systèmes sensoriels* » et il est « *réductible à un équipement* »⁹. De plus, il va faire du schéma corporel l’une des sous-composantes de l’image du corps.

Le but de sa conception est d’intégrer la globalité du sujet à la notion d’image du corps et de l’adapter à la clinique psychomotrice.

Selon E.W. Pireyre il existerait neuf sous-composantes de l’image du corps que je vais maintenant décrire :

1 – La Continuité d’Existence

Le phénomène de la conviction de la continuité d’existence serait, selon E. W. Pireyre, « *une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu’à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même* » »¹⁰. La recherche d’un certain type d’excitations sensorielles ou émotionnelles joue un rôle dans ce phénomène. En effet, tel que l’a prouvé Winnicott, le développement psychoaffectif intervient dans la mise en place de ce sentiment de continuité d’existence, notamment par le biais du holding de la mère.

2 – L’Identité¹¹

L’identité, selon E.W. Pireyre, pourrait s’acquérir dès la naissance et elle « *trouve ses racines dans notre corps et dans la relation à nos parents* ». Une certaine affection va alors être donnée à l’identité par les positions parentales conscientes et inconscientes. Ainsi, l’enfant ne pourra se construire que « *s’il est représenté, dans l’esprit de ses parent comme différent et séparé de l’adulte* ».

⁹ E.W. Pireyre, Clinique de l’image du corps, Paris : Dunod, 2011, p.11

¹⁰ Ibid, p.54

¹¹ Ibid, Citation recueillies : pages 62 et 63

Si tel est le cas, le processus de subjectivation peut se développer. Il va s'appuyer sur certains aspects de la sensorialité et du dialogue tonique. En effet, les flux sensoriels vont lui permettre de réaliser « *l'actualisation de la limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps* ». L'enfant va aussi pouvoir « *éprouver une forme de communication primitive et primordiale, le dialogue tonique* » et grâce à l'adjonction de l'attachement affectif, il va pouvoir amorcer le processus d'**individuation**.

3 – L'Identité Sexuée¹²

Le sexe biologique est déterminé rapidement au cours de la grossesse mais l'identité sexuée, elle, est plus longue à se mettre en place.

Pour se sentir garçon ou fille, l'enfant doit passer une succession d'étapes. La première serait celle de « *la découverte de la différence anatomique des sexes ainsi que le processus identificatoire œdipien* ». E.W. Pireyre cite ensuite C. Chiland qui ajoute que, sont aussi importantes « *l'activité et les réponses de l'enfant face aux attitudes et aux comportements des personnes de son entourage* ». La construction de l'identité sexuée se baserait donc sur des **données biologiques, affectives et sociales**.

4 – La Peau¹³

La peau est la frontière physique qui vient séparer le dedans du dehors. Si elle peut être relativement **poreuse et perméable**, elle assure tout de même un rôle de **contenance**. Selon D. Anzieu, « *toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. Le moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau* ». Les **représentations** se construiraient donc grâce à l'activité somatique.

Au départ, il y aurait une « *dépendance symbiotique commune* » qui se manifesterait par un fantasme de peau commune entre la mère et son enfant. Puis, cette peau commune s'effacerait et « *chacun des deux partenaires reconnaît que chacun a sa propre peau et son propre moi* ». Le **sentiment d'enveloppe** est donc une construction imaginaire étayée sur des expériences réelles du corps.

¹² Ibid, Citations recueillies : pages 69 et 70

¹³ Ibid, Citations recueillies : Pages 79 et 80

5 – L'Intérieur du Corps

Au début de la vie, les os ne seraient pas assez physiquement construits pour être intégrés dans le développement psychoaffectif. De plus, le tonus est encore immature et l'axe corporel n'est pas encore suffisamment solide. L'intérieur du corps n'est donc perceptible « *que par les afférences proprio- et intéroceptives qui sont fournies par le rythme respiratoire, la douleur éventuelle ainsi que par le trajet du bol alimentaire* »¹⁴.

L'enfant doit donc s'appuyer sur des données sensorielles tactiles, visuelles, auditives et vestibulaires pour **prendre conscience** de l'intérieur de son corps et le **différencier du monde extérieur**.

6 – Le Tonus

Le tonus est le résultat d'un double mécanisme : actif, il est contrôlé par le système nerveux central et passif, il est assuré par les propriétés élastiques des tissus musculaires.

Il est responsable de la posture, mais il est aussi largement influencé par la vigilance et les émotions.

Pour E.W. Pireyre, il ne peut être compris « *dans son lien à l'image du corps, que s'il est appréhendé comme relié à certains aspects de la vie psychique* ». C'est à dire sous forme d'**expression**, comme « *trace psychique de l'histoire relationnelle du sujet* »¹⁵. Il va donc citer J. de Ajuriaguerra, qui présente le dialogue tonique comme une forme de communication entre la mère et le bébé reposant sur les capacités de chacun à s'ajuster au tonus de l'autre.

7 – La Sensibilité Somato-Viscérale¹⁶

Cette sensibilité, et notamment ses seuils, seraient différents d'une personne à une autre. Selon E.W. Pireyre, ceci s'explique par l'implication de deux mécanismes : la sensation et la perception.

¹⁴ Ibid, p.94

¹⁵ Ibid, p.103

¹⁶ Ibid, Citations recueillies : pages 114 à 121

- La sensation : C'est le « *cheminement de l'information sensorielle en route vers le cortex* ». Elle se décomposerait en **sensibilité somatique** (informations mécaniques, thermiques, chimiques, nociceptives et les afférences qui proviennent des articulations, des tendons et des ligaments) et en **sensibilité viscérale** (informations originaires des viscères).
- La perception : C'est le « *traitement affectivo-moteur* » de la sensation, il permet de mettre en valeur une « *information sensorielle contrastée* ». Elle reposerait sur un acte de décision au niveau cérébral par lequel le sujet pourrait poser des **hypothèses interprétatives** sur les informations sensorielles reçues.

Les représentations subjectives (du monde ou de notre propre corps) que nous construisons seraient donc directement reliées à notre appareil sensoriel.

8 – Les Compétences Communicationnelles du Corps

Nous ferions tous un choix, plus ou moins conscient, de recourir à un certain type de **communication corporelle**. Selon E.W. Pireyre, « *la valeur du contexte et de la culture* »¹⁷ nous aideraient à décrypter les mouvements du corps. Il serait donc indubitable que le corps s'exprime.

C'est par le lien entre les émotions et le tonus, que l'on appelle dialogue tonico-émotionnel à la suite de H. Wallon et de J. de Ajuriaguerra, que chacun utiliserait cette forme de communication. La propre histoire du sujet et son contexte socio-culturel interviendraient aussi dans ce processus. Les différents canaux de communication corporelle seraient « *les modifications toniques, les réactions de prestance, les attitudes corporelle, le geste et le regard* »¹⁸.

¹⁷ Ibid, p.124

¹⁸ Ibid, p.133

9 – Lesangoisses Corporelles Archaïques¹⁹

Le fait de penser l'image du corps nous amène à l'« *exploration et la compréhension desangoisses corporelles archaïques* ». Le plus souvent inconscientes, il s'agirait d'**implications essentielles** dans la vie quotidienne de chacun, comme l'explique E.W. Pireyre. Selon les psychanalystes, elles seraient présentes avant l'installation du langage.

Pour D. Winnicott, le nouveau-né serait « *tout le temps au bord d'uneangoisse dont nous ne pouvons avoir idée* ». Cesangoisses seraient : se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas avoir de relation avec son corps, ne pas avoir d'orientation. Normalement, elles seraient dépassées grâce aux soins maternels mais pourraient ressurgir dans certaines situations très chargées émotionnellement.

Selon E.W. Pireyre, ces neuf sous-composantes seraient toutes impliquées dans la construction de l'image du corps. Ainsi, l'enfant acquiert un **sentiment de continuité d'existence** avant même sa naissance : dans le désir de ses parents.

Si au départ il n'est **pas différencié psychiquement** de sa mère, il va s'autonomiser petit à petit. Il va alors se construire une **identité propre** dans la relation qu'il entretient avec ses parents et son corps. En investissant son corps, il prend conscience de son **enveloppe** afin de se vivre comme un être **unifié**. Enfin, il sera capable de **communiquer** sur son état interne et d'entrer en **interaction** avec d'autres individus.

Au sein de ma réflexion, j'ai choisi, comme E.W. Pireyre, de prendre le schéma corporel comme étant une sous-composante de l'image du corps et, comme F. Dolto, de l'appréhender comme étant l'interprète actif ou passif de celle-ci.

¹⁹ Ibid, Citations recueillies : pages 135 et 137.

C – Les Troubles de l'Image du Corps

Selon F. Dolto, une pathologie de l'image inconsciente du corps est « *chaque fois, un échec de la symbolisation, autant dire une insuffisance du langage adressé à l'enfant* »²⁰.

Selon J.D. Nasio²¹ une pathologie de l'image inconsciente surviendrait à la suite de **difficultés relationnelles** entre la mère et l'enfant. Ce phénomène viendrait alors toucher différentes composantes de l'image inconsciente du corps :

- La partie présence du bébé : Lorsque survient une « *lésion important invalidant l'échange sensuel et émotionnel avec la mère (...)* soit au niveau d'une zone érogène (bec de lièvre, troubles de la déglutition) (...) d'une fonction corporelle, (...) ou d'une fonction motrice (trouble de la motricité et de l'équilibre) ». Ces différents éléments viendraient entraver les interactions émotionnelles qui existent entre la mère et son enfant.
- La partie présence de la mère : Lorsque « *l'enfant est privé concrètement de la présence de sa mère* ».
- La partie rythme de l'échange : Lorsque « *la mère n'est pas animée par le désir de communiquer avec son enfant* ».

La construction de l'image du corps, et les pathologies qui peuvent s'y rapporter, sont donc en étroite relation avec le **développement psychomoteur** de l'enfant et la **qualité de ses interactions précoces**.

Ma réflexion m'a donc amenée à m'intéresser aux différents aspects qui composent ou entourent le développement psychomoteur. C'est, en effet, à partir de ce dernier que j'ai pu appréhender l'influence du handicap moteur sur l'élaboration de l'image du corps.

²⁰ F. Dolto, L'Image Inconsciente du Corps, Paris : Editions du Seuil, 1984

²¹ J.D. Nasio, Mon Corps et ses Images, Paris : Payot, Citations recueillies : pages 204 et 205

II – IMPACT DU HANDICAP MOTEUR SUR LA CONSTRUCTION DE L'IMAGE DU CORPS

La démarche dans laquelle s'inscrit ma réflexion prend pour point de départ le **développement psychomoteur « normal » de l'enfant**. Un développement qui est relatif à une **maturation neurologique** et qui permet la construction identitaire du sujet. Un développement à l'intérieur duquel **l'aspect moteur, l'aspect psychique et l'aspect émotionnel** d'un même sujet s'articulent et interagissent. Un développement au sein d'un environnement dans lequel sont faites des **expériences sensori-motrices et relationnelles**.

Si j'ai choisi d'aborder le handicap moteur en partant du développement psychomoteur normal, c'est parce qu'en pratique psychomotrice nous rencontrons à la fois la partie vivante et la partie « handicapée » du sujet. Je dirais même qu'en thérapie psychomotrice nous nous appuyons d'avantage sur cette partie valide, dynamique et constamment en développement.

Car si le handicap a pu me « sauter aux yeux » au premier abord, par la suite je me suis rendue compte que ce n'est pas ce que l'enfant porteur d'un handicap moteur me renvoyait dans l'échange. La rencontre était vectrice de l'image d'un enfant qui vit, qui joue, qui expérimente et qui s'enrichit de tout ce qu'on lui propose.

Au développement psychomoteur « normal » vont venir s'ajouter des **particularités relatives au handicap moteur**. Le handicap a, à la fois, un impact sur le **corps physique** de l'enfant, sur son **développement psychique et psychomoteur** mais aussi sur la **relation parents-enfant**.

Je parlerai ici de **déficiences motrices survenues autour de la naissance**. Elles résultent de causes acquises (ischémie, prématurité, élément toxique, virus, défaut d'alimentation), innées (anomalie d'un gène ou d'une protéine indispensable à la formation du cerveau) ou de malformations du cerveau. Si les affections sont parfois identifiées avant la naissance grâce au diagnostic prénatal, ce n'est pas toujours le cas. Dans le cas d'atteintes évolutives, le diagnostic peut être fait quelques années après la naissance de l'enfant.

A – Les Expériences Corporelles Entravées

Le handicap peut entraîner différents **troubles au niveau corporel** qui sont susceptibles de venir altérer les premières **expériences de vie** de l'enfant. Or, on admet en psychomotricité que ces expériences sensibles, kinesthésiques, proprioceptives viennent, par le biais du schéma corporel, nourrir l'image du corps du sujet.

1 – Les Troubles de la Régulation Tonique

Les atteintes neurologiques présentes dans le handicap moteur, peuvent entraîner différents troubles de la régulation tonique. Cette dernière peut d'ailleurs prendre plusieurs formes :

- **La spasticité** : Elle correspond à un trouble de la motricité volontaire, c'est une *« Exagération permanente du tonus musculaire d'origine neurologique dû à une lésion de la voie pyramidale »*²².
- **L'ataxie** : Elle correspond à une atteinte du cervelet et se manifeste par un *« Trouble de la coordination des mouvements lié non à une atteinte de la force musculaire mais à un défaut de coordination du jeu musculaire (...) Elle affecte la direction et l'amplitude des mouvements volontaires et perturbe les contractions musculaires, volontaires ou réflexes, nécessaires à l'équilibre et à la marche. Elle peut également affecter les mouvements des yeux et l'élocution »*²³.
- **L'athétose** : Elle correspond à l'atteinte du système pyramidal et se présente sous la forme d'un *« Trouble caractérisé par l'existence de mouvements involontaires, lents irréguliers, de faible amplitude, ininterrompus, affectant surtout la tête, le cou et les membres »*²⁴.

²² Dictionnaire le Larousse Médical, p.888

²³ Ibid, p.97

²⁴ Ibid, p.98

L'enfant porteur d'un handicap moteur présente fréquemment des difficultés dans la régulation de son tonus. Nous pouvons donc nous interroger sur la **perception** qu'il a de son corps puisque différentes parties peuvent être prises dans un état de tension. Mais aussi, sur l'image de son corps que les autres peuvent **lui renvoyer par le biais du regard**.

Dans son ouvrage sur le Moi-peau, D.Anzieu décrit²⁵ plusieurs fonctions de la peau sur lesquelles s'étaient les fonctions psychiques. Selon lui, le Moi s'élaborerait, entre autre, par le biais de diverses sensations kinesthésiques et proprioceptives, et donc grâce au tonus. Ces sensations donneraient à l'enfant le sentiment d'une enveloppe corporelle, une limite entre le dedans et le dehors. Grâce à cette intégration, il pourrait élaborer un Moi psychique, un espace mental au sein duquel il **accèdera à des représentations de son propre corps**.

Selon S. Robert-Ouvray²⁶, ce sont les schèmes d'enroulements qui vont permettre à l'enfant d'**avoir conscience de son unité corporelle**. Cet investissement du corps propre viendrait, à condition qu'il soit aussi investi par les parents, nourrir l'image du corps.

De plus, elle ajoute que « *Les états toniques primaires n'entrent pas dans une dialectique qui permettrait les états intermédiaires, les ajustements affectifs des deux personnes et l'ambivalence des sentiments* »²⁷. Le corps de l'enfant aurait donc besoin de vivre l'alternance entre hypertonie et hypotonie. C'est de cette manière que le **processus intégratif** peut se mettre en place et que les relations précoces peuvent s'établir.

→ Or, l'enfant porteur d'un handicap moteur, à cause des tensions qui peuvent exister dans certaines parties de son corps, ne peut pas vivre ces expériences de la même manière que les autres enfants. Cela explique en partie pourquoi, certains d'entre eux, ne vivent pas leur corps comme une entité unifiée, délimitée de l'extérieur par le biais de la peau. Ce phénomène va donc venir toucher directement la représentation que l'enfant porteur d'un handicap moteur a de son corps et donc l'image du corps.

→ De plus, pour eux, le passage de l'hypertonie à l'hypotonie est compliqué. La faiblesse de variation tonique peut mettre la mère en difficulté : elle ne comprend pas les états émotionnels de son enfant. Or c'est dans la relation structurante que l'image du corps peut s'établir.

²⁵ D. Anzieu, Le Moi-peau, Paris Dunod, 1995, p.128

²⁶ S. Robert-Ouvray, Intégration Motrice et Développement Psychique, Paris : Desclée de Brouwer, 2002, p.46

²⁷ Ibid, p.88

2 – La Douleur

L'enfant porteur d'un handicap moteur peut vivre la douleur à différents niveaux : atteinte musculaire, ostéo-articulaire et/ou somato-viscérale. Si cet événement est neuro-physiologique, sa nature, elle, est essentiellement subjective. En effet, la douleur est constituée de **composantes sensorielles, affectives, cognitives et comportementales**.

→ La douleur va venir influencer la construction ou l'intégrité de l'image du corps du sujet à différents niveaux :

- Tout d'abord, les sensations douloureuses prennent une place considérable dans le processus de perception du sujet. Elles viennent **inhiber toutes les autres expériences sensorielles**, bases de la constitution de l'image du corps par le biais du schéma corporel.
- Du fait de son retentissement énorme sur le vécu du sujet, la douleur vient aussi **limiter les conduites exploratoires**. Il peut adopter des positions de repli et éviter toute expérience motrice, celles-là même qui permettent au sujet d'appréhender son corps dans l'action.
- La douleur peut aussi venir **chambouler les représentations** que l'enfant a de son corps car elle entrave la capacité du sujet à **penser**. En effet, face à cet ensemble de sensations douloureuses, le sujet peut vivre son corps comme persécuteur.
- L'expérience répétée de tels phénomènes peut entraîner un processus de dépersonnalisation chez le sujet. Il ne peut pas s'approprier ce corps douloureux, son **identité devient précaire** et il risque alors l'effondrement narcissique.
- Toutes les positions de repli viennent aussi **empêcher les interactions sociales**. Or c'est par le biais de la relation, dans l'échange avec l'autre, que l'image du corps du sujet va se constituer.

3 – Les Interventions Chirurgicales « Dépersonnalisantes »

Les enfants porteurs d'un handicap moteur sont souvent amenés à subir des interventions chirurgicales.

Selon S. Korff-Sausse, « *il s'agit d'une expérience qui accentue le sentiment d'inquiétante étrangeté : expérience dépersonnalisante, voire psychotisante que de se retrouver ainsi avec un corps modifié* »²⁸.

Bien que ces interventions aient pour but d'améliorer le quotidien de l'enfant, elles peuvent aussi lui faire vivre de fortes douleurs ainsi que des modifications corporelles importantes.

Des clivages peuvent apparaître : l'enfant va désinvestir certaines parties de son corps et en surinvestir d'autres. Or, pour des enfants déjà fragiles sur le plan narcissique, il n'est pas forcément évident de réinvestir leur corps après chaque opération.

→ Ces phénomènes vont alors modifier la représentation que le sujet a de son propre corps.

Flore est une jeune fille de 12 ans atteinte de Spina Bifida et installée dans un fauteuil électrique. Elle doit subir plusieurs interventions chirurgicales à cause de la présence de zones de décalcification sur ses membres inférieurs occasionnant des fractures. Il apparaît dans son discours qu'elle se vit comme un « tronc », sans partie basse, insensibilisée du fait de sa pathologie. Elle questionne alors sur l'utilité de ses jambes qui la font souffrir psychiquement, pensant même à les « faire couper ».

4 – La Motricité de Base Entravée

Lorsque le corps propre de l'enfant est atteint, la motricité de base de l'enfant peut être entravée. L'enfant porteur d'un handicap moteur va alors vivre différemment les premières **expériences de préhension, de mise en verticalité, d'équilibration et de locomotion**. En effet, c'est souvent grâce à l'aide de l'adulte qu'il peut expérimenter certains aspects de sa motricité.

Martin est un petit garçon de 8 ans qui présente une infirmité motrice d'origine cérébrale sévère, acquise à la suite d'une importante prématurité. Au sein de l'atelier Kin'Eveil il expérimente fréquemment ses potentialités motrices. Un jour, Martin pose ses bras sur les épaules de la psychomotricienne assise au sol et se met debout. Il se tient droit, se montre fier, nous interpelle pour attirer notre attention et il arbore alors un large sourire. Une jubilation extrême émerge de cette expérience de mise en verticalité.

²⁸ S. Korff-Sausse, Comment le corps vient à la pensée et comment la pensée vient au corps, Journal de Psychanalyse de l'Enfant n°20, 1997

La répétition de ces diverses expériences se retrouve chez tous les enfants dont la motricité n'est pas entravée par le handicap. Le manque de répétition de cet ensemble d'expérimentations vécu par plusieurs enfants porteurs d'un handicap moteur peut venir **limiter leurs phénomènes d'intégration**.

→ Or, l'ensemble des sensations proprioceptives, extéroceptives ou kinesthésiques que l'on appréhende dans l'action, vient nourrir la connaissance que le sujet a de son propre corps. Et, nous savons que cette connaissance est importante pour l'établissement d'une image du corps qui soit saine.

B – Le Développement Psychique

*« Pour des raisons liées aux différentes techniques utilisées par différents chercheurs pour comprendre l'homme, les connaissances du développement psychique de l'enfant ont été schématiquement dissociés **en développement psycho-affectif et développement cognitif**. »²⁹.*

Dans cette partie, je commencerai par aborder le concept de personnalité en général, puis des traits et des phénomènes psychologiques de base qui s'y inscrivent. Je parlerai ensuite de l'adaptation psychique aux contraintes et de l'influence de la succession des deuils sur celle-ci.

Ensuite, j'aborderai rapidement le développement des capacités cognitives pour conclure en reprenant les concepts clés de Soi, d'identité et d'autonomie.

1 – La Personnalité

Selon A. de Broca, la personnalité est l' « *organisation dynamique d'un individu avec ses aspects intellectuels, affectifs, physiologiques et morphologiques* »³⁰. C'est la capacité d'un sujet à **s'affirmer en tant qu'individu unique et permanent**.

Différents éléments la composent : les traits de personnalité, l'adaptation aux contraintes et la succession de deuil.

²⁹ A. de Broca, *Le Développement de l'Enfant : Aspects neuro-psycho-sensoriels*, Paris : Masson, 2009, p.95

³⁰ Ibid, p.95

a) Traits de personnalité³¹

Ce sont eux qui viennent conférer un relief, des lignes de force, de faiblesses et des capacités d'adaptation à la personnalité. Les traits sont « *un ensemble de modalités de défense conscientes ou inconscientes et de caractéristiques psychologiques de base mises en jeu pour s'adapter à la réalité* ». Il s'agit par exemple de l'agressivité, du refoulement, de la toute-puissance, de l'angoisse, de la culpabilité, de la confiance, ...

La singularité du sujet vient de « *l'interaction de ces traits s'ils ne sont pas en soi une marque pathologique* ».

→ Ce sont l'ensemble de ces traits qui viennent donner à l'image du corps une certaine **dimension affectée, propre au sujet**.

b) Adaptation aux contraintes

Elle se fait par l'apprentissage du jeune enfant à **tolérer la frustration et l'attente**. Dans les premiers mois de la vie, « *l'attente ressentie aide à élaborer le désir par l'instauration de représentations mentales* »³².

→ Or, à cause de l'angoisse ressentie, certains parents d'enfant porteur d'un handicap moteur ne vont pas lui faire vivre cette attente en satisfaisant immédiatement tous ses besoins. Le sujet ne fera donc pas toutes ces premières expériences de représentations qui seront ensuite très importantes, sous leur forme plus élaborée, dans l'image du corps.

L'adaptation aux contraintes se poursuivra avec l'arrivée de l'enfant dans la **socialisation** : « *le sens de l'aptitude à vivre en société se fait par l'intégration des règles de l'agir ensemble selon les us et coutumes de l'environnement* »³³. A cette étape, l'enfant doit donc nécessairement s'identifier à ses semblables. Or, la surprotection de l'enfant porteur d'un handicap moteur vis-à-vis des « autres » peut venir entraver l'intégration de ce phénomène.

c) Succession de deuils

Le deuil est « *un travail psychique après la perte d'une partie de soi « pour toujours et sans recours possible* » »³⁴. Il semble important de préciser que le développement est à la fois une succession de gains mais aussi de pertes, de séparations.

³¹ Ibid, Citation recueillies page 100

³² Ibid, p.113

³³ Ibid, p.119

³⁴ Ibid, p.121

Et cela, pas seulement pour sujet porteur d'un handicap moteur puisque c'est l'acceptation d'une certaine forme de séparation avec la mère qui va permettre à l'enfant d'accéder à son autonomie.

Il n'est pas rare que le couple mère et enfant porteur d'un handicap moteur ait des difficultés dans l'accomplissement de cette **séparation sécurisée et confiante**. Cela peut s'expliquer par une période de fusion qui s'inscrit dans un temps long et qui vient donc empêcher la section du lien fusionnel qui existe entre eux. En effet, le handicap de l'enfant peut venir mobiliser la mère de manière active par le biais des soins corporels. L'accès du sujet à son autonomie psychique sera difficile si la dépendance physique est trop importante.

→ Or, le sujet a besoin d'accéder à son autonomie, c'est de cette manière qu'il va pouvoir se vivre comme différent de sa mère et se constituer une image du corps qui lui est propre.

2 – Le Développement des Capacités Cognitives³⁵

Selon A. de Broca, l'intelligence serait « *un **moyen d'adaptation au milieu*** » et nous posséderions deux outils pour s'adapter : « *le processus d'**accommodation** et celui d'**assimilation*** ». Du fait des expériences propres à chaque individu, ces processus seraient des facteurs de différenciation entre tous.

C'est à partir d'**expériences sensori-motrices et perceptivo-motrices** que la pensée peut se développer : « *chaque expérience nouvelle apporte une légère modification et complexifie le schème de départ* ».

→ Nous remarquons ici que le développement psychique et la construction de l'image du corps possèdent la même base : ils reposent tous deux sur les sensations.

3 – Le Soi

A. de Broca rédige que le Soi est « *la capacité de l'individu à s'appréhender, en tant que sujet et non en tant qu'objet, un et délié de l'autre, biologique et psychique* »³⁶.

³⁵ Ibid, Citations recueillies page 128

³⁶ Ibid, p.130

Cette démarche de **connaissance de sa personne** est très importante car c'est de cette manière que le sujet pourra s'accepter. Elle s'inscrit dans la **relation à l'autre**.

→ F. Dolto précise que l'enfant porteur d'un handicap moteur sera capable d'intégrer une image du corps saine uniquement si son infirmité lui est explicitée. Les parents doivent donc parler du corps du sujet afin que celui-ci se constitue une représentation unifiée de son corps qui intègre le handicap.

Le développement psychique vient, par divers points, soutenir la construction de l'image du corps du sujet. En effet, tous deux sont reliés à **l'histoire du sujet** par l'ensemble des **expériences sensori-motrices et relationnelles**. Elles permettent au sujet de se sentir appartenir à l'espèce humaine mais aussi de se différencier de ses semblables afin de se constituer une **identité propre**.

C – Les Relations Précoces

Au sein de cette partie, j'aborderai plus particulièrement le développement de la vie relationnelle du sujet. Je vais donc m'intéresser aux **interactions** qui s'établissent entre l'enfant porteur d'un handicap moteur et ses parents (ou leurs substituts).

J'ai choisi de commencer par l'annonce du handicap car cet événement important va considérablement influencer les relations précoces du sujet, de par l'impact qu'il possède sur le couple parental. En effet, les parents vont vivre un réaménagement psychique à la suite de cette annonce, qu'ils vont devoir dépasser pour rencontrer leur enfant.

Ensuite je vais aborder différentes particularités concernant les relations précoces qui peuvent s'établir entre des parents et leur enfant porteur d'un handicap moteur. Ceci dans le but de les mettre en lien avec la construction de l'image du corps du sujet.

1 – Annonce du Handicap

L'annonce du handicap correspond à un événement très important pour les parents de l'enfant porteur d'un handicap moteur. La chaîne décisionnelle qu'elle entraîne représente un « *ensemble de démarches, de gestes, de discussions qui devraient permettre d'aboutir à une décision à partir d'un diagnostic* »³⁷. Il faut savoir qu'il n'y a pas d'annonce « *bien faite* », elle « *est vécue comme une blessure et une humiliation* » mais c'est « *d'abord un cataclysme émotionnel auquel il est difficile de se soustraire* »³⁸.

L'expérience vécue par chacun n'a nulle autre semblable car de **nombreuses variables** entrent en jeu : la nature du handicap, son point d'impact (moteur, sensoriel, psychique), son intensité et son évolutivité, son symbolisme et ses conséquences sociales (visibilité, dépendance). Il y a aussi l'histoire de la famille (solidité du couple, événements antérieurs), sa structure (traditionnelle, monoparentale), l'insertion socioprofessionnelle des parents, son mode de vie et ses référents idéologiques ou religieux.

Même si chaque parent réagit de façon singulière, la confrontation au handicap est vécue comme un **effondrement**, un point de non-retour. La vérité, assénée à la naissance ou plus tardivement révélée, tombe comme une condamnation.

La mère surtout, est prise au dépourvu par cette annonce : personne n'est préparé à subir une telle blessure. Elle va d'ailleurs en garder un souvenir aigu toute sa vie, c'est un drame qui survient en lieu et place de l'événement heureux. La mauvaise nouvelle a, en effet, la particularité de **faire irruption dans le domaine du rêve et de l'imaginaire**. Selon C. Gardou, « *L'écart entre l'enfant imaginé et l'enfant concret déconstruit tout ce que la mère a projeté durant sa grossesse* »³⁹. Durant des mois, elle a imaginé un enfant conforme à ses vœux, parfait et merveilleux. Elle l'espère doté de potentialités lui permettant de réussir toujours et dans tous les domaines. Leur rencontre devait s'opérer sur un mode idéalisé or ce « *rendez-vous rêvé* »⁴⁰ laisse place à une **destinée vulnérable** qui ébranle ses raisons d'espérer et vient la détourner du vivant.

³⁷ L. Gourand, L'annonce du handicap en échographie de la grossesse dans L'enfant déficient moteur polyhandicapé, Paris : Solal. 2000, p.38

³⁸ Ibid, p.40

³⁹ C. Gardou, Parents d'enfant handicapé. Toulouse : Eres, 2012, p.15

⁴⁰ Ibid, p.15

2 – Les Comportements Parentaux

A la suite de cette annonce, un cheminement parental, comparable au **travail de deuil**, se met en place. En effet, « *La découverte d'une anomalie est une catastrophe en elle-même : le rêve d'enfant parfait est brisé. C'est pourquoi, à ce stade, mort ou infirmité sont très proches*⁴¹ ». Vont alors s'opérer : des modes d'adaptation, une modification des rapports parentaux, le remaniement des modes relationnels et la mise en place d'une collaboration avec les professionnels du soin et de l'éducation.

La première phase est celle de la **sidération** : l'équilibre psychique est ébranlé. Les parents peuvent penser qu'il s'agit d'une erreur de diagnostic, ils ne comprennent pas pourquoi cet événement leur arrive à eux.

S'en suit une phase plus durable d'**intense douleur psychique**. Un sentiment d'anéantissement et d'impuissance vient les habiter. Ce traumatisme va aussi venir blesser narcissiquement les parents. Il n'est pas rare qu'une dépression survienne à ce moment avec une chute de force, un abattement, une instabilité d'humeur, une inhibition psychologique, un ressentiment vis-à-vis d'autrui, ... De plus, la rencontre avec l'enfant peut générer un fort sentiment de culpabilité. Le handicap peut alors venir compromettre le sentiment de parentalité qui s'établit normalement lors des premiers échanges.

A cette souffrance psychique, va succéder une phase de **réaménagement**. Selon C. Gardou, « *c'est le moment où les parents émergent de la brume épaisse* »⁴². La douleur ne guérit pas mais elle semble apprivoisée et apaisée. La vie « *appelle à la trêve des pleurs, au silence des désirs de mort et à l'accomplissement du deuil* »⁴³. Les liens fantasmés avec l'enfant attendu, idéal sont alors rompus et les regrets sont étouffés. Pour continuer à être du côté du vivant, les parents doivent accepter l'évanouissement d'un certain type de bonheur familial. Ils sont d'ailleurs mobilisés par le handicap de leur enfant qui vient réclamer d'eux un comportement actif et une capacité permanente d'ajustement. A ce stade, le handicap de leur enfant est important, ce qu'il est en tant que sujet va d'ailleurs passer au second plan.

Un ensemble de stratégies adaptatives sont alors utilisées afin de diminuer le stress lié aux situations de risques vitaux. Les parents viennent alors mobiliser toutes leurs ressources potentielles et peuvent avoir recours à des **moyens défensifs psychiques**.

⁴¹ L. Gourand, L'annonce du handicap en échographie de la grossesse dans L'enfant déficient moteur polyhandicapé, Paris : Solal, 2000, p.41

⁴² C. Gardou, Parents d'enfant handicapé. Toulouse : Eres, 2012, p.16

⁴³ Ibid, p.16

C. Gardou précise qu'ils sont « *tels des boucliers, leur permettant d'affronter la situation et le paroxysme d'inquiétude qu'elle sécrète* »⁴⁴. On retrouve différents types de comportements adaptatifs : la focalisation sur le corps physique et son atteinte, le dévouement à leur enfant, la négation, la sublimation des pulsions mortifères (les parents s'efforcent d'être exemplaires), la minimisation (ils cherchent à tout relativiser), la vérification (visites multiples à des spécialistes), la réclusion et le repli sur soi, la réparation par un autre enfant,...

Cependant, malgré ces stratégies adaptatives, les parents sont souvent exténués par l'accompagnement de leur enfant handicapé. Ils peuvent alors vivre un véritable éreintement physique et psychique, qui relève de trois causes essentielles :

- L'absence de possibilité de détente, compte tenu des impératifs médicaux, de la responsabilité ininterrompue des soins quotidiens et de l'exigence du suivi éducatif de leur enfant. Le quotidien est éprouvant, de nombreux obstacles matériels et sociaux viennent entraver l'organisation d'une vie extérieure. La lassitude sans possibilité de repos va aussi réduire les possibilités d'implication professionnelle pour l'un des parents.
- Le sentiment d'impuissance et même de culpabilité vécu face à un avenir incertain. La mère, plus que tout autre, s'interroge sur sa propre responsabilité et son aptitude à être, selon l'expression de D.W. Winnicott, « une mère suffisamment bonne ». Une certaine angoisse se met en place face au comportement parfois indéchiffrable de l'enfant, à son développement marqué par le handicap, à sa vulnérabilité aux changements ...
- La carence ou l'absence d'aide de l'entourage, de la société. De plus, les relations intrafamiliales, tissées sur un mode symbiotique, augmentent la distance qui sépare la famille des « autres ». La communication entre ces modes est même rendue difficile : les parents ne rencontrent que très rarement la relation d'aide empathique qu'ils attendent.

La souffrance vécue, et les comportements parentaux qui en résultent, viennent **influencer la relation qui s'établit avec l'enfant** porteur d'un handicap moteur.

Or, les échanges relationnels précoces, qui sont d'une grande importance dans la construction de l'image du corps, proviennent directement de ce que les parents ont compris et accepté (ou non) de l'infirmité de leur enfant.

⁴⁴ Ibid, p.20

La perception que l'enfant porteur d'un handicap moteur va avoir de son corps est liée aux **informations délivrées par ses parents sur son état physique**. Mais plus encore, cette perception est grandement influencée par la **relation émotionnelle** que les parents entretiennent avec sa personne.

3 – La Relation : Les Parents et l'Enfant Porteur d'un Handicap Moteur

La relation qui s'établit entre des parents et leur enfant débute bien avant la naissance : ils anticipent sa venue et commencent déjà à créer des représentations de leur progéniture.

Les premiers mois de vie sont très importants, les interactions précoces sont nécessaires au **bon développement** du nourrisson. De plus, les enjeux relationnels de cette période serviront de base pour la **future vie sociale** du sujet.

a) La vie fantasmatique des parents

La vie fantasmatique des parents est liée à **leur propre histoire et vie affective**. Elle est aussi influencée par les images parentales précédentes : c'est de cette manière que le sujet peut s'inscrire dans la lignée familiale. Cette vie fantasmatique est la synthèse de deux imaginaires, celui du père et celui de la mère. L'ensemble des rêves construits par les parents est une trame sur laquelle se tisse le destin de leur enfant. C'est de cette manière que le sujet est **porteur des espoirs et des craintes** de ses deux parents.

Lorsque le sujet présente un déficit, **cette imperfection va affecter** ses parents. Il leur faut du temps pour oublier l'enfant rêvé parfait et ce travail psychique n'est pas sans conséquences. Aussi, l'enfant porteur d'un handicap moteur peut parfois avoir l'intuition d'être « *un objet défectueux qui n'entre pas de manière satisfaisante* »⁴⁵ dans l'imaginaire de ses parents.

Pour P. Aulagnier, la mère **rêve l'image du corps de son enfant**⁴⁶. Si toute mère est amenée à être confrontée à un décalage entre l'image du corps de l'enfant rêvé et l'enfant réel, elle va généralement le dépasser rapidement.

⁴⁵ M. Ringler, L'enfant différent : Accepter un enfant handicapé, Paris : Dunod, 1998, p.81

⁴⁶ P. Aulagnier, Naissance d'un corps, origine d'une histoire, Corps et Histoire, Paris : Les Belles Lettres, 1985, p.113

Dans le cas du handicap moteur, le décalage peut être tellement important qu'il arrive que la mère **ne puisse pas composer avec ce corps trop différent**, « *trop étranger pour le regard maternel* »⁴⁷.

→ Or les **prémises de l'image du corps se font au travers du bébé imaginaire ou fantasmatique**. Si le décalage avec le corps réel vient mettre à mal l'équilibre psychique de la mère cela va directement affecter la future image du corps du sujet porteur d'un handicap moteur.

b) La compréhension de l'enfant et les échanges

Il s'agit de l'ensemble des interactions comportementales et affectives qu'il existe entre les parents (dont la mère ou son substitut principalement pour ce qui est des premiers mois de la vie) et l'enfant. C'est la façon dont les deux comportements s'agencent et l'influence réciproque de la vie émotionnelle de chacun. Grâce à ses capacités d'empathie, la mère peut percevoir ce que ressent son enfant. Elle va alors lui proposer une réponse adaptée par le biais de gestes, de mots, de son regard, ... L'enfant, lui, va à son tour, percevoir l'état émotionnel de sa mère et s'y adapter. Cette notion de partage d'affects a été théorisée par D. Stern, il parle d'accordage affectif grâce auquel le nourrisson va se sentir compris et accompagné.

Les interactions peuvent se faire suivant plusieurs registres :

- Corporel : Il s'agit de l'ensemble des échanges qui passent par le corps (le tonus notamment) et les contacts cutanés. Ajuriaguerra parle de dialogue tonico-émotionnel : « *les modifications toniques accompagnent normalement chaque affect* »⁴⁸. Dans la réalité, ce sont tous les ajustements corporels et toniques qui se font entre la mère et le nourrisson. Les postures et les alternances entre tension et détente ont valeur de communication.

Winnicott⁴⁹, lui, parle de Holding (la manière dont l'enfant est porté) et de Handling (la manière dont l'enfant est traité, manipulé). Il explique ainsi l'importance, pour le nourrisson, de se sentir soutenu autant physiquement que psychiquement.

⁴⁷ Ibid, p.113

⁴⁸ Cité par E.W. Pireyre, Clinique de l'image du corps, Paris : Dunod, p.103

⁴⁹ D.W. Winnicott, Jeu et Réalité, Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, Paris : Folio Essais, 2002, p.204

→ Le dialogue tonique est souvent difficile lorsqu'on tient un enfant porteur d'un handicap moteur dans ses bras. En effet, du fait d'une atteinte neurologique certains sont très raides et d'autre, au contraire, sont plutôt hypotoniques. Les échanges vont donc avoir du mal à se construire sur ce mode corporel. Ce phénomène est augmenté par le fait que beaucoup de ces enfants paraissent fragiles en raison de leurs déficiences, beaucoup d'adultes peuvent donc ressentir une certaine appréhension lors du portage. Il n'est pas rare qu'ils aient peur de leur faire mal ou de les briser, cela va rendre les jeux moteurs de corps à corps (poussées, chatouilles) quasiment inexistantes. Cet éloignement corporel va aussi avoir un impact sur le toucher. Or, ce dernier contribue à la constitution de l'image du corps. En effet, le toucher est structurant par les sensations nouvelles qu'il crée sur et dans le corps du sujet. Du fait que le toucher puisse être réfléchi dans la constitution du corps propre, il peut donc aussi servir de base à l'image du corps.

- Visuel : Le regard constitue, dès la naissance, une modalité d'échange privilégiée. Winnicott souligne l'importance de la mutualité du regard en donnant à celui de la mère un rôle de miroir⁵⁰. C'est lui qui viendrait permettre à l'enfant, pour la première fois, de trouver son propre soi et de se sentir exister.

→ Lorsque l'enfant est porteur d'un handicap moteur, par le biais de leur regard, il est possible que les parents « *pétrifient leur progéniture dans un état de morbidité* »⁵¹. Peut-être craignent-ils que la peur du présent les submerge sans qu'ils puissent la contrôler. Ici le regard n'est pas que purement visuel, il est le résultat d'un discours, d'un ressenti, d'une perception, d'une relation parentale. De plus, regard et image sont souvent entremêlés et interdépendants : « *l'image étant le reflet du regard que les autres portent sur le sujet, le reflet du regard que le sujet porte sur lui-même et celui qu'il porte sur les autres* »⁵². Il est donc possible que ces premiers regards viennent influencer l'image du corps du sujet surtout s'ils lui renvoient constamment son anormalité. De plus, certains enfants porteur d'un handicap moteur possèdent des troubles de la poursuite visuelle, l'accrochage visuel est donc plus difficile pour eux. Il est donc possible que cela vienne entraver les premières interactions en lien avec le regard.

⁵⁰ Ibid, p.207

⁵¹ I. Schein, La Distorsion des Images Réfléchies : Réflexion sur les Images Tordues. Thérapie Psychomotrice et Recherches n°147. 2006

⁵² Ibid

- Vocal : Les cris et les pleurs constituent le premier langage du nourrisson, à partir d'eux il peut exprimer ses affects. Cette modalité vient directement toucher le vécu maternel et il en sera de même avec l'apparition des premiers sons et mots.

→ Certains enfants porteurs d'un handicap moteur possèdent des difficultés d'articulation et de prononciation. Il arrive alors que les modalités relationnelles soient compliquées car la compréhension immédiate est gênée. Or l'expression est un enjeu important, c'est par lui que l'individu s'affirme en tant que sujet unique et désirant.

c) L'injonction paradoxale

Selon S. Korff-Sausse, il existerait un paradoxe dans la relation qui s'établit entre les parents et leur enfant porteur d'un handicap car « *on exige de l'enfant d'être autonome alors que le propre du handicap est la dépendance à autrui* »⁵³. Ils lui demanderaient d'être, à certains moments, plutôt passifs alors qu'à d'autres l'enfant devrait être responsable et actif.

→ Les attentes paradoxales d'autonomie et d'indépendance viendraient fragiliser la personnalité de l'enfant. En effet c'est ce que souligne M. Ringler, « *l'enfant choisit toujours la sécurité de leur affection, au détriment du libre développement de sa personnalité* »⁵⁴. Il pourrait donc y avoir une influence sur l'image du corps du sujet si ces attentes se font trop insistantes.

L'enfant porteur d'un handicap moteur peut rencontrer de nombreuses entraves dans ses échanges relationnels précoces. Ses parents peuvent lui renvoyer de la souffrance, une certaine différence voire anormalité. Il n'est donc pas rare que le sujet ait des difficultés quant au fait de s'identifier aux autres et, par la suite, de se construire une identité propre.

Nous avons vu que le sujet pouvait aussi rencontrer des difficultés dans l'intégration de nombreuses expériences corporelles. Ceci vient s'ajouter aux particularités relationnelles vécues par l'enfant porteur d'un handicap moteur. L'ensemble de ces éléments représente donc un obstacle considérable à la construction de l'image du corps.

⁵³ S. Korff-Sausse, Comment le corps vient à la pensée et comment la pensée vient au corps, Journal de Psychanalyse de l'Enfant n°20, 1997

⁵⁴ M. Ringler, L'enfant différent : Accepter un enfant handicapé, Paris : Dunod, 1998, p.114

Au sein de cette partie théorique, j'ai présenté le concept d'image du corps puis évoqué les difficultés que pouvait rencontrer l'enfant porteur d'un handicap moteur dans sa construction, son appropriation ou sa représentation. De ce fait, il est fréquent qu'un enfant présente un trouble en lien avec une image du corps défaillante, à son arrivée à l'Institut d'Education Motrice. Le psychomotricien est alors capable d'intervenir et de proposer une approche soignante à cet enfant. Au vu des différentes modalités qui composent la construction de l'image du corps, il va pouvoir choisir d'utiliser des médiateurs au sein de sa prise en charge. C'est de cette manière qu'il peut venir solliciter l'image du corps du sujet.

Partie Théorico-Clinique :

La Médiation

Et

L'Image du Corps du Jeune Sujet Porteur d'un
Handicap Moteur

I – LES FONCTIONS DE LA MEDIATION

J'aborderai ici l'intérêt d'utiliser des médiateurs pour aborder l'image du corps en psychomotricité auprès d'enfants porteurs d'un handicap moteur. Je m'attarderai également sur le choix du médiateur car celui-ci ne se fait pas au hasard. Dans une prise en charge cette décision est prise en fonction du projet individuel établi pour la personne, de la pathologie traitée et des centres d'intérêts du patient et du psychomotricien. Dans les thérapies à médiation les enjeux se trouvent dans la relation et la communication. Le médiateur est un intermédiaire qui va coder la relation.

Au sein de mon mémoire, j'ai choisi d'utiliser le mot « médiateur » afin de désigner l'outil et le mot « médiation » au sens de la pratique qui amène à l'utilisation de l'outil.

Les médiateurs peuvent être des objets concrets (jouets, pâte à modeler), des techniques particulières (relaxation, travail corporel, pataugeoire) ou des objets culturels (dessin, conte). Ce matériel varié et original peut être riche de potentialités pour peu que la médiation soit pensée et théorisée.

A – Créer un Espace Potentiel

A l'origine, le mot « médiation » vient du latin « *mediare* » qui signifie : être au milieu. En religion et en droit, il prend le sens « *d'entremise destinée à concilier des personnes, des partis* »⁵⁵. Si l'on utilise la médiation c'est principalement pour son intérêt d'intermédiaire : deux concepts peuvent se rencontrer et cela ne se fait pas sur un mode direct mais par **l'intervention d'un tiers**.

D.W. Winnicott parle d'une « *aire intermédiaire d'expérience* » à l'intérieur de laquelle « *contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure* »⁵⁶. C'est un lieu psychique où le sujet va vivre sa créativité, affirmer son autonomie et son existence particulière.

⁵⁵ Wikipedia : <http://www.wikipedia.fr/>

⁵⁶ D.W. Winnicott, Jeu et réalité, Paris : Folio Essais, 2002, p.30

Cette aire intermédiaire d'expérience permet à l'enfant de faire des liens entre des « *expériences fonctionnelles* » et « *la pensée ou la fantasmatisation* ». Ces différents processus sont appelés par D.W. Winnicott des « **phénomènes transitionnels** »⁵⁷. Ils sont d'une importance vitale pour le jeune enfant car ils servent de « *défense contre l'angoisse* »⁵⁸. C'est par le biais de ce phénomène que le sujet peut vivre l'expérience de la toute première possession : l'objet transitionnel, celui qu'on appelle aussi « doudou ».

L'aire intermédiaire est « *en lien direct avec l'aire de jeu* »⁵⁹, c'est pourquoi elle est évoquée dans la médiation. Lorsque nous composons avec cette dernière, nous nous trouvons au sein d'un **espace potentiel** : lieu concret où chacun peut évoquer quelque chose de lui. La création d'un tel espace doit permettre aux phénomènes transitionnels d'advenir en toute sécurité. Le sujet peut alors reprendre le dispositif à son compte pour créer sa propre aire intermédiaire d'expérience.

B – Proposer un Ensemble d'Expériences Sensori-Motrices

De l'expérience, même la plus archaïque, émerge la **sensation** et le mouvement qui vont, par le biais des **perceptions**, permettre au sujet d'accéder à des **représentations**.

La médiation est la pratique qui va permettre au sujet de réaliser des expériences sensori-motrices. Ces expériences sensibles du corps vont venir mobiliser des émotions, c'est en ce sens que l'on peut dire que la médiation vient « **nourrir** » le sujet. F. Joly exprime que « *Le plaisir du fonctionnement du corps et du sensori-moteur dans la relation identificatoire à l'autre vise à l'amendement symptomatique, au soutien développemental, voire au remaniement psychique et narcissique* »⁶⁰. Ainsi, les différentes expérimentations viennent donner plus de substance à la relation que le sujet entretient avec le réel. De par un **ancrage à l'ici et maintenant**, l'individu peut alors se recentrer sur lui-même et vivre l'expérience d'un corps rassemblé.

Si la médiation parle au sujet dans son entier c'est parce qu'elle induit une implication sensorielle, corporelle, psychique, émotionnelle, interactive et relationnelle. Ces modalités sont d'ailleurs équivalentes à celles retrouvées dans ce qui compose l'image du corps.

⁵⁷ Ibid, p.32

⁵⁸ Ibid, p.32

⁵⁹ Ibid, p.47

⁶⁰ F. Joly, Le médiatif comme expérience, le travail du médium comme appropriation subjective, Le Journal des Psychologues n°298, Juin 2012

C – Entrer en Relation avec un Autre

La médiation représente un **intermédiaire relationnel** dans la mesure où elle suscite et favorise l'échange avec l'autre, aussi bien entre les enfants qu'avec l'adulte. La perspective communicationnelle du support représente un tremplin permettant la restauration ou la construction de la relation. Chacun va trouver sa place au sein de cet espace et, de par le partage d'un médiateur commun, **venir rencontrer l'autre**. Le médiateur peut alors représenter un sujet d'intérêt partagé par les deux, il les rapproche et les différencie à la fois. C'est parce que **ce dispositif n'est pas neutre** qu'il ne va pas laisser les personnes présentes indifférentes à ce qui émerge, leurs regards vont pouvoir converger dans la même direction. Les échanges vont alors être possibles, mais ceci, à condition que la relation soit suffisamment sécurisante et étayante. En effet, comme la médiation n'est jamais neutre, il n'est pas exclu qu'elle fasse émerger, chez le sujet, de la crainte, des angoisses ou des résistances.

D – Accéder à l'Imaginaire

La médiation est un **support de projection** qui permet de véhiculer la fantasmatique imaginaire de l'enfant. Elle lui permet de mettre à l'extérieur des **représentations internes** « *dans une production portant les traces de son investissement psychique* »⁶¹. Le thérapeute transmet, à travers son rapport à la médiation, son propre travail psychique et mobilise sa capacité à accompagner l'enfant. Le sujet peut venir extérioriser en ce lieu, partager quelque chose du vécu interne qui ne peut, parfois, être dit. Ce qui s'y passe est, en effet, **porteur de sens** pour chacun, l'expérience vécue est subjective. C'est pour cela que l'espace doit être contenant, il est nécessaire que les pensées non élaborées par le sujet puissent se structurer et s'organiser. Ce qui est mis en mouvements, en jeux, en mots est lié à l'imaginaire du sujet.

Il est donc nécessaire que le cadre possède des fonctions assimilables à celles d'une **enveloppe** : les échanges entre ce lieu et l'extérieur doivent être réduits au maximum. De plus, il est nécessaire que cet espace, et les stimulations qui y sont proposés, soient adaptés aux difficultés physiques et psychiques du sujet mais aussi à ses modalités d'interaction relationnelle.

⁶¹ P. Fernandez, Les Médiations Corporelles, Les Cahiers de Beaumont, Septembre 1992

Cette fonction d'accès à l'imaginaire est directement reliée à l'image du corps : « *un monde sans image ni parole imagée est d'une certaine manière un monde sans imaginaire* »⁶². En introduisant des moyens d'expression de l'imaginaire, nous venons aussi aider le sujet dans la construction de son image du corps.

E – Accéder au Symbolisme

Le symbolique recouvre l'ensemble des structures de signification socialement admises : les systèmes de codes et de **langage**. Ce dernier est le système le plus élaboré du processus de symbolisation : « *Le corps est marqué par le langage et les modes relationnels qui vont jalonner l'histoire de l'enfant et l'inscrire dans le symbolique* »⁶³.

La médiation détient une **fonction symbolique**, d'accès à des conduites plus structurées et à des modes de communication plus élaborés. « *L'objet peut aider l'enfant à supporter les frustrations et à quitter les voies directes de la pensée pour utiliser des codes symboliques* »⁶⁴. Par la symbolisation, le sujet peut transformer une matière psychique qui n'est pas pensable sous sa forme première (traumatisme par exemple) et l'approcher sous la forme, plus acceptable, d'une **représentation**.

Aussi, la médiation devient un processus de **création** par le biais de la symbolisation. C'est, en effet, par l'intermédiaire du symbolique que le sujet peut élaborer des productions créatrices au sein de la médiation. Le thérapeute se doit donc de faire écho à la relation particulière qui s'établit entre la personne, l'objet et le mot afin d'accompagner au mieux le sujet dans ce processus de symbolisation.

F – Permettre l'Expression

La médiation vient dynamiser l'expression par un travail de mise en **actes**, de mise en **formes**, de mise en **scènes** ou de mise en **mots**. Cela va dépendre des médiateurs utilisés, de leur résonnance sur l'imaginaire du sujet et des représentations culturelles et partagées.

La médiation peut aussi pousser le sujet à s'exprimer, c'est un support au déploiement de la créativité. De ce fait, les médiations peuvent être indiquées pour certains individus en grande souffrance et qui n'ont pas les outils langagiers nécessaires pour les exprimer.

⁶² I. Schein, La Distorsion des Images Réfléchies : Réflexion sur les Images Tordues, Thérapie Psychomotrice et Recherches n°147, 2006

⁶³ P. Fernandez, Les Médiations Corporelles, Les Cahiers de Beaumont, Septembre 1992

⁶⁴ Ibid

G – Permettre la Renarcissisation

Au sein de la médiation, l'individu va aussi pouvoir se découvrir un certain **potentiel**, des capacités. Cet investissement narcissique peut venir stimuler la **confiance en soi**, l'**affirmation** de sa place en tant que sujet. J. Riou, psychomotricien, évoque cet aspect de la médiation en mettant en évidence le rôle du thérapeute de cette manière : « *Ces médiations entraîneraient une mise en confiance, une narcissisation du sujet pris en charge dans un cadre opérant et sécurisant à travers une relation à l'adulte. Cet adulte servirait alors de modèle identificatoire et il permettrait également au jeune de sortir de sa toute-puissance pour favoriser chez celui-ci l'intégration de règles et faire advenir le respect de soi et de l'autre dans le cadre d'une relation à valeur thérapeutique.* »⁶⁵. En respectant l'émergence de l'identité, la médiation vient redynamiser l'image du corps du sujet dans une perspective thérapeutique.

Les différentes fonctions vues précédemment vont **s'équilibrer** et **s'élaborer** dans une construction personnelle et signifiante pour le sujet. La médiation permet la **coexistence** du corps réel et du corps imaginaire, ils sont inclus dans le même espace et peuvent s'influencer. Le corps propre va « médiatiser » le passage de l'activité sensorielle perceptive à l'activité imaginaire : le sujet peut **élaborer des perceptions**.

La médiation vient aussi permettre la **rencontre**, l'échange aura alors pour fonction de nourrir l'image du corps du sujet par le biais des mots qui sont posés sur et pour le corps.

⁶⁵ J. Riou, La créativité dans la thérapie psychomotrice : une mise en œuvre de la sublimation par la médiation des castrations symboliques ? Thérapie Psychomotrice et Recherches n°141, 2005

II – ACCOMPAGNER L'ENFANT PORTEUR D'UN HANDICAP MOTEUR

La médiation permet au soin d'advenir auprès de nombreuses populations de sujets rencontrées en clinique psychomotrice. La création d'un tel espace amène d'innombrables potentialités que le psychomotricien va pouvoir explorer dans l'intérêt de l'individu qui vient le voir.

Dans cette partie, je vais de l'intérêt d'inclure des médiateurs auprès de sujets porteurs d'un handicap moteur. Mais aussi, plus particulièrement, de la manière dont ils viennent solliciter leur image du corps.

J'aborderai ensuite la place tenue par le psychomotricien au sein d'une telle pratique, qui se doit d'être suffisamment pensée dans l'intérêt de sujet qui va en bénéficier.

A – La Médiation et le Sujet Porteur d'un Handicap Moteur

Le choix d'intégrer des médiations auprès de sujets porteurs d'un handicap moteur se justifie dans le souci de leur proposer un espace particulier dans lequel de nouvelles expériences peuvent advenir. En effet, du fait de leur handicap, beaucoup de jeunes accueillis au sein de l'I.E.M. ont été entravés dans leurs premières expériences de vie qu'elles soient motrices ou sensorielles. La médiation représente une pratique intéressante pour tout ceux dont les éprouvés corporels, les potentiels d'affects et de perceptions, n'ont pas trouvé leur place et leur fonction dans le psychisme. E. Roitman, psychomotricienne a écrit à propos de l'importance de proposer un espace particulier à ces jeunes : « *un espace qui contienne sans étouffer, un espace qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre des regards puisse avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître* »⁶⁶.

⁶⁶ E. Roitman, Tu peux réparer ? Thérapie Psychomotrice et Recherches n°127, 2001

De plus, pour certains la question du corps handicapé est compliquée à évoquer verbalement. Or, selon F. Dolto, l'image du corps véritable est celle qui se révèle dans le dialogue⁶⁷.

Elle ajoute même qu'une image du corps saine n'est pas incompatible avec l'infirmité d'un sujet, pour peu qu'il n'y ait pas d' « *interruption des relations langagières* »⁶⁸. L'idéal serait de parler leur corps comme s'il n'était pas entravé par des atteintes. Il ne s'agit pas de nier le handicap mais de mettre en mots ses désirs même s'ils ne sont pas réalisables. De cette manière, le sujet peut projeter une image du corps saine, symbolisée par la parole et les représentations graphiques.

La médiation représente donc une approche intéressante auprès d'enfants porteurs d'un handicap moteur car elle permet de les reconnaître comme sujets de leurs propres désirs. Il s'agit de les soutenir dans les moyens qu'ils ont à leur disposition pour devenir et rester créateurs.

B – Le Rôle du Psychomotricien

Les psychomotriciens sont habitués à utiliser des médiateurs au sein de leurs prises en charge. En effet, ils ont pour soucis constant d'aborder et de comprendre le corps : objet d'étude et d'action. J. Boutinaud, psychomotricien, psychologue clinicien et psychothérapeute a écrit, dans le cadre d'une publication sur la place des médiations en psychomotricité (ref : J. Boutinaud, *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n°161, année 2010) : « *Il était en effet impossible de faire autrement étant donné la complexité de l'approche envisagée : le corps, au travers de nos pratiques, ne peut pas en effet n'être uniquement pensé et touché que par le biais de paroles, de réflexions, de représentations et des théories qui le concerneraient* »⁶⁹. En nous permettant d'aborder le corps avec prudence, les médiateurs représentent des outils indispensables pour atteindre notre visée en termes de soin.

Au sein d'une médiation, le psychomotricien a pour rôle de favoriser la mise en sens de l'acte et de créer un espace relationnel subjectif favorable à la projection d'éléments du monde interne de l'individu. Qu'il soit acteur ou observateur, il va devoir porter le sujet avec un regard restaurateur et bienveillant.

⁶⁷ F. Dolto, *L'image inconsciente du corps*, Paris : Le Seuil, 1984, p.16

⁶⁸ Ibid, p.34

⁶⁹ J. Boutinaud, Editorial, *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°161, 2010

Il se doit aussi d'être vigilant à l'instauration de comportements d'agrippement ou d'adhésivité afin de les transformer, de les mettre en sens. C'est, en partie, ainsi que le sujet pourra se vivre comme différent de l'autre. Si un bordage est souvent nécessaire, le thérapeute se doit de garder une pratique non directive : il doit laisser émerger la créativité de l'autre.

Le choix de la médiation est pensé au regard des caractéristiques du fonctionnement psychomoteur et psychopathologique du sujet. Cependant, il est admis qu'il existe une influence du psychomotricien au sein de ce choix qui n'est pas totalement objectif. En effet, si le thérapeute propose certains médiateurs c'est en partie parce qu'il entretient une relation privilégiée avec ceux-là. Il est donc important qu'il repère ce phénomène afin de garder l'intérêt du patient au centre de sa réflexion avant de lui proposer un médiateur particulier.

Il faut aussi prendre garde à ne pas parer le médiateur de toutes les qualités thérapeutiques car, en lui-même, il ne présente aucune portée thérapeutique. Son intérêt réside dans tous les processus psychiques qu'il permet de déployer. Selon F. Joly, il n'opère que si « *il inscrit le processus de symbolisation qui le constitue au sein d'une relation avec autrui comme objet transférentiel* »⁷⁰. (ref : F. Joly, Le médiatif comme expérience, le travail du médium comme appropriation subjective, Le Journal des Psychologues n°298, Juin 2012). En psychomotricité, on vient utiliser la médiation en la considérant comme un outil et c'est notre savoir-être qui donne au dispositif sa dimension thérapeutique. C'est grâce à l'existence d'un triple transfert sur l'objet médiateur, sur le thérapeute et sur le cadre, que l'efficacité thérapeutique des médiations s'opère.

Cependant il ne faut pas croire que l'objet médiateur importe peu au fond. Ce sont ses caractéristiques spécifiques qui viennent proposer au sujet certaines formes d'activités symbolisantes. Notre rôle est de lui proposer un accompagnement, un étayage qui garantisse une certaine forme de sécurité au sein de ce lieu. En effet, il ne faut pas que la médiation vienne, par effraction, perturber le psychisme du sujet de manière importante. C'est au psychomotricien de réguler les stimulations, de leur donner du sens avec un certain apaisement afin que l'expérience reste toujours supportable et bénéfique.

⁷⁰ F. Joly, Le médiatif comme expérience, le travail du médium comme appropriation subjective, Le Journal des Psychologues n°298, Juin 2012

III – PRESENTATION DES MEDIATEURS

Chaque atelier utilise un médiateur spécifique et il peut être encadré par des professionnels ayant des formations différentes. L'équipe de l'I.E.M. utilise une grande diversité de médiateurs qui sont utilisés dans le cadre du projet éducatif ou de soin. L'intérêt d'une telle pratique réside dans le fait qu'elle permet l'accès à une certaine forme de plaisir qui peut naître dans l'activité en cours ou dans la rencontre avec un tiers. Or, les jeunes accueillis dans l'établissement peuvent avoir besoin de renouer avec ce sentiment car, dans leur quotidien, le désir et l'envie sont peu manifestés.

Dans cette partie, j'ai décidé de ne présenter que certains médiateurs : ceux que l'on considère comme étant des outils au sein de la prise en charge en psychomotricité de plusieurs jeunes.

A – L'Atelier Conte

Les ateliers contes auxquels je participe ont lieu chaque semaine dans la grande salle de psychomotricité. Ils sont encadrés par une orthophoniste de l'institution, une psychomotricienne et moi-même. On peut considérer **différents temps** à l'intérieur de ces ateliers :

- Un temps de parole où chacun des enfants peut s'exprimer. Ce temps permet de faire transition entre le dehors et le dedans de l'atelier.
- Le temps du contage qui est fait de façon systématique. Le conte utilisé est le même chaque semaine pour une période indéterminée mais qui dépend de l'intérêt que portent les enfants sur certains éléments du conte. Le choix du conte est fait par les adultes cependant l'intérêt des enfants est sollicité. La décision se prend aussi en fonction du projet pour chacun d'eux et de la problématique à travailler. En effet, avant de changer de conte il est demandé aux enfants quels genres de personnages et d'aventures ils aimeraient entendre et jouer.
- Le choix du rôle et de la partie du conte que chaque enfant aimerait jouer.
- Le temps de jeu

- Quelques fois un temps de dessin est aussi proposé
- Un second temps de parole où chacun peut s'exprimer par rapport au jeu. Les enfants peuvent parler de leurs émotions, des affects éprouvés et véhiculés. Ils peuvent aussi amener des éléments plus personnels par rapport à ce qui est conté.

Les ateliers contes ont été créés dans l'institution dans la mesure où les différents professionnels considèrent que le **handicap physique n'est pas sans effet sur le développement psychique de l'enfant**. Les événements de la réalité du corps risquent de reléguer, au second plan, le travail psychique d'élaboration. Cet atelier est indiqué pour les enfants qui présentent des problèmes d'immaturité, d'instabilité, de retard ou d'absence de langage oral ou écrit, des troubles du repérage spatial ou temporel, des troubles dans l'organisation du graphisme et du dessin,...

L'atelier compte différents garants tels que le médecin psychiatre qui pose l'indication et l'institution qui permet sa stabilité et sa continuité. En effet, si un atelier n'est pas coopté par l'ensemble de l'institution il ne sera pas viable. Enfin, à l'intérieur de l'atelier, les adultes énoncent les règles et le cadre de fonctionnement. Ainsi ils permettent à chaque enfant de faire un **travail thérapeutique individuel**.

L'atelier conte repose sur un **cadre fiable** avec des repères stables pour que chaque enfant puisse s'y investir pleinement en toute sécurité. Le conte est, lui-même, structurant puisqu'il s'organise autour d'un méfait, d'un manque qui disparaît au dénouement de l'histoire : il y a réparation. Il constitue également une **nourriture psychique** pour le jeune qui l'écoute. Les textes abordent des problèmes qui peuvent être rencontrés par l'enfant ou l'adolescent tels que la question de la naissance, de la différence des sexes, du passage de l'enfance à l'âge adulte, la menace de la maladie et de la mort, la mort des parents, des enfants,... De ce fait l'enfant comprend intuitivement que, tout en étant irréelles, ces histoires possèdent une certaine vérité en rapport avec son **expérience intérieure**.

Felix est un jeune garçon de 13 ans que l'on sait passionné de jeux vidéo. Atteint d'une dystrophie musculaire de Duchenne de Boulogne il se déplace dans un fauteuil roulant électrique. Durant le temps de dessin consacré au conte « Jack et le haricot magique » il dit de sa production : « c'est Jack, il joue aux jeux vidéo dans sa chambre. Il s'ennuie parce que sa mère lui a interdit de retourner dans le château de l'ogre en haut du haricot ».

La **mise en jeu corporelle** du conte est, elle aussi, très importante. Elle facilite l'accès au symbolisme. L'enfant, par la mise en jeu de son corps ou de celui du thérapeute, peut exprimer des choses de sa réalité psychique. Certains enfants peuvent jouer à distance en reléguant son rôle à l'adulte lorsque le corps est trop touché par la maladie ou la fatigue.

L'image du corps est sollicitée à plusieurs niveaux au sein de l'atelier conte. Lors du temps de lecture, l'enfant peut accéder à des représentations de son corps dans l'action. Par exemple, il peut **s'identifier** à un personnage mis en scène dans le conte et, par le biais de la rêverie, s'imaginer vivre les mêmes péripéties.

Un jour, Felix décide de jouer le roi du conte « Le diable aux trois cheveux d'or ». Ce roi qui doit rentrer chez lui pour retrouver son épouse et sa fille. En jouant le retour sur le chemin, Felix balance les bras et le buste, souffle. Arrivé dans le « château », il déclare : « Je faisais mon footing ! », il a les joues rouges par l'effort mais sourit, rayonnant.

Aussi, l'image du corps peut être investie du côté de l'affect dans ce lieu. En effet, il n'est pas rare que les jeunes **s'imprègnent des émotions** évoquées dans le conte et les mettent en mots lors du temps de parole. C'est aussi au sein du jeu que peuvent émerger des éléments se rapportant à l'image du corps du sujet. Cela se fait par le biais d'actes moteur ou de mots qui viennent se détacher de la trame du texte et que l'enfant reprend à son compte afin de **se les approprier**. Enfin, l'image du corps du sujet peut être sollicitée dans le temps de dessin. Par la trace graphique, mais surtout les paroles que l'enfant apporte à sa production, il vient exprimer quelque chose de **son ressenti corporel**, mobilisé par le biais de l'écoute ou du jeu du conte.

B – La Pataugeoire

La pataugeoire est un lieu qui utilise l'**eau** comme médiateur dans une perspective favorisant **l'accès à des représentations internes**. A l'I.E.M. cette pratique est sous tendue par les travaux du Docteur Lafforgue effectués au sein de l'hôpital de jour « La Pomme Bleue ». Si ce médiateur pouvait aussi être retrouvé en balnéothérapie, les psychomotriciens de l'institution ont fait le choix de ne pas effectuer leurs prises en charge dans ce lieu.

Ils l'expliquent en partie par le fait, qu'en balnéothérapie, le corps du thérapeute est très souvent en contact direct avec celui du patient. Or ceci peut amener à de l'indifférenciation chez certains jeunes quand le sentiment d'unité corporelle n'est pas encore intégré.

La prise en charge en psychomotricité au sein de la pataugeoire est indiquée pour des enfants présentant des retards ou des défauts de structuration de la personnalité, des troubles relationnels, des immaturités psychoaffectives, ...

Le dispositif se compose de deux espaces séparés par un rideau dans une pièce fermée et protégée des regards extérieurs. Une partie appelée « sèche » est investie dans les temps de déshabillage et de rhabillage, c'est ici que se place l'intervenant qui prend des notes sur le cahier. Lorsque l'enfant passe dans la partie « mouillée » il trouve différents jouets sélectionnés par les adultes pour leur teneur symbolique ainsi que l'accès à l'eau. La pataugeoire est peu profonde, sa forme de haricot la rend suffisamment longue pour que les enfants puissent s'y allonger. Il y a aussi un miroir fermé par un rideau ainsi qu'une baignoire pour bébé.

Le soin est assuré par deux intervenants sur un **mode de travail transdisciplinaire** selon le projet élaboré pour l'enfant. Je participe moi-même à deux prises en charge en pataugeoire : l'une se fait avec une orthophoniste et une psychomotricienne, l'autre avec une monitrice éducatrice et une psychomotricienne. Chaque séance dure une heure et elle est toujours suivie d'une prise de notes.

L'objectif du travail en pataugeoire est d'offrir un lieu qui permette la **mise en relation de sensations et d'émotions archaïques** éprouvées par l'enfant. Ce lieu est idéal pour « penser les pensées » à la fois pour les enfants et pour les soignants.

Basile un petit garçon atteint de la maladie de Lesch-Nyhan, installé dans un fauteuil roulant manuel, ses bras sont immobilisés par des manchons rigides afin de limiter ses mouvements incontrôlés et très violents. Il ne peut s'exprimer que par des sons très courts ce qui entrave beaucoup ses échanges relationnels. Un jour, il exprime son souhait de ne pas vouloir aller dans la partie « humide » de la pataugeoire. Il me confie alors le rôle d'un enfant qui ne parle que par des sons et à l'orthophoniste celui d'une orthophoniste qui ne comprend pas toujours ce que je dis. A travers cette situation, il est possible que cet enfant ait voulu mettre en scène ce qu'il vit au quotidien et nous faire partager ce vécu. Il regarde le jeu qui se déroule dans la pataugeoire, n'en perd pas une miette et éclate de rire à chaque fois que je ne suis pas comprise par l'orthophoniste.

La **lecture corporelle** est importante dans un travail en pataugeoire. Plus qu'une lecture organique il s'agit d'organiser un souvenir corporel sur lequel le soignant peut proposer des greffes de représentation. Pour cela, en tant que psychomotricien, on se doit d'être dans un état de disponibilité bienveillante. Il s'agit d'accueillir l'enfant tel qu'il est dans le respect de ses potentialités et de ses limites. S'impose alors de s'adapter au rythme propre de l'enfant en fonction de son développement psychomoteur. Il paraît donc important de respecter les temps d'inactivité de l'enfant pendant lesquels il va intégrer les multiples sensations.

De plus, une lecture corporelle est importante lorsque les professionnels sont amenés à aider le patient porteur d'un handicap moteur à se déplacer dans la pataugeoire. S'ajuster au tonus de l'enfant dans un portage dynamique est nécessaire afin de pouvoir représenter un soutien dans l'activité spontanée.

L'eau représente un médiateur très intéressant du point de vue relationnel. En effet, il est reconnu comme étant un **élément facilitateur de relation** avec des personnes porteuses d'un handicap moteur. Dans l'espace de la pataugeoire, si cela est possible, l'enfant est libéré du matériel orthopédique. Cela va rendre possible le dialogue tonique et permet de faire varier la distance entre les personnes. Ce point est important car lorsque la distanciation est possible, le **travail de symbolisation** peut advenir. Au sein d'une des prises en charge auxquels je participe, l'eau semble contribuer à atténuer les mouvements involontaires de l'enfant. Cela a permis à l'orthophoniste et à la psychomotricienne de différencier le tonus juste, correspondant aux mouvements volontaires de l'enfant, du tonus plus spastique, représentant ses mouvements involontaires. Il s'agit aussi de **trier le corps sain du corps pathologique**. Une fois ce tri réalisé la situation est dédramatisée, cependant, cela peut faire émerger une grande souffrance et tristesse chez l'enfant.

Basile est souvent soumis à des actes ne répondant pas à sa volonté : se mordre les doigts ou heurter des surfaces dures avec sa tête. Au sein de la pataugeoire, il ne garde pas ses manchons et c'est à la personne qui le porte d'éviter ces situations. Cela se réalise par un tri entre les mouvements volontaires et les mouvements involontaires de Basile par le biais du dialogue tonique. Un jour, alors que j'étais responsable de ce portage dynamique, le jeune garçon me montre par l'extension de tout son corps qu'il souhaite poser son menton sur le bord rigide de la baignoire en plastique. J'hésite quelques secondes puis décide de lui faire confiance car il semble que son corps ne soit pas pris par ses mouvements involontaires à cet instant. Je l'accompagne alors dans son mouvement et il va poser délicatement son menton sur la baignoire, « tu sens le bord dur sous ton menton ? Tiens je me demande ce que ça doit faire ! ». Basile est ravi de cette expérience : aucun drame ne s'est produit.

La **verbalisation** est importante en pataugeoire, elle accompagne le passage de la perception à la représentation. C'est en partie grâce aux mots que l'on pose sur le vécu du patient et à ceux qu'il prononce lui-même que l'enfant se crée des représentations. La mise en mots d'une situation vécue dans l'instant permet aussi à l'enfant de mémoriser et d'enrichir une perception. L'eau peut amener une certaine originalité ou nouveauté dans les sensations ressenties. De ce fait le sujet va porter une attention particulière à son corps et cheminer vers une **prise de conscience corporelle**. Par des stimulations sensorielles, les affects peuvent ainsi être rendus conscients et conduire à la représentation.

Ce tel phénomène qu'est la prise de conscience du corps est important chez des sujets porteurs d'un handicap moteur. L'importance de ce point se justifie par le fait que les pathologies présentées par les enfants peuvent leur faire vivre l'empiètement, la discontinuité, l'effraction et l'intrusion. Des éléments peuvent mettre à mal la construction de leur **unité corporelle**. Grâce à la représentation et au langage verbal le sujet peut faire resurgir des éléments refoulés en lien avec l'image du corps. L'eau représente une voie intéressante pour aller vers une **image d'un corps unifié**. En effet, lors de la prise de conscience de corps, les sensations corporelles, l'état du tonus musculaire et les émotions sont mis en lien.

C – Les Stimulations Poly-sensorielles en Atelier Kin'éveil

L'atelier Kin'éveil existe à l'I.E.M. depuis le mois de septembre 2012. Il a pour but de proposer à des enfants des expériences autour de la détente, du bien-être, du soin corporel et de la relation. Chacun peut **s'approprier ce moment** de la manière qu'il le souhaite. L'atelier se déroule une fois par semaine, cinq enfants appartenant au groupe des « jeunes enfants » y participent. Ces derniers sont encadrés par deux kinésithérapeutes, une psychomotricienne et moi-même. Il arrive aussi que nous soyons accompagnés d'un stagiaire kinésithérapeute.

Ce projet est né d'une réflexion d'un médecin qui a dit qu'il serait important d'apporter du **bien-être** pour ces enfants très lourdement lésés dans leurs corps. En effet, le contexte social, la multiplicité des soins ou encore l'environnement familial peuvent être des sources d'angoisse, de stress et de mal-être pour l'enfant. Les moyens d'expression de cette angoisse sont nombreux : plaintes physiques, somatisation, agressivité, agitation, hyper activité, prostration, mutisme, inhibition, ... Ces manifestations ne favorisent pas une bonne régulation tonique et les enfants peuvent alors être en lutte contre leur corps. Tout ceci peut venir générer une fatigue autant physique que psychique.

Il est nécessaire de proposer à ces enfants un lieu où ils pourront **être à l'écoute de leurs éprouvés ou ressentis corporels**. Il convient donc de proposer un espace sécurisant, contenant et apaisant où pourront être mis en place les soins du corps de manière plus ludique.

L'atelier a lieu dans la salle de détente, proche du groupe des jeunes enfants mais éloignée des lieux de vie où le passage est trop dense. L'**espace** est faiblement éclairé, ce choix est motivé par le fait que l'équipe a remarqué que pour plusieurs enfants, une trop forte luminosité ne favorisait pas une bonne organisation tonique. Cet espace est divisé en deux parties. Dans l'une se fait l'accueil des enfants, on y laisse les fauteuils et les chaussures. C'est aussi dans cet espace que l'on dispose le poste radio pour la musique et le diffuseur d'huiles essentielles afin qu'ils soient hors de portée des enfants. L'autre partie de l'espace est recouverte de tapis assez épais où sont disposés des « Fat Boy » : des très grands coussins remplis de billes sur lesquels les enfants peuvent être installés confortablement. Le choix de ces éléments est justifié par leurs propriétés : ils épousent la forme du corps, durcissent avec le poids de l'enfant et diffusent la chaleur corporelle. Il y a aussi des coussins classiques ou d'autres en forme d'animaux, des couvertures, des poufs, des balles lumineuses, ...

En atelier Kin'éveil, on essaye de trouver un **juste équilibre entre la stimulation et la relaxation** pour chaque enfant. Les stimulations peuvent être visuelles, tactiles, auditives ou olfactives. Les enfants font, dans la mesure du possible, l'expérience d'un corps relâché et de la réduction des tensions. Les kinésithérapeutes peuvent alors leur proposer un massage, des manipulations ou des étirements en fonction du projet de soin pour chacun d'eux. Au sein de l'atelier Kin'éveil une séance de kinésithérapie peut être proposée à l'enfant mais dans un contexte différent. En effet, ici les kinésithérapeutes se mettent plutôt « à disposition » des enfants, ils interviennent quand ces derniers sont prêts à recevoir les soins.

A l'intérieur de cet atelier les possibilités sont multiples : jeu moteur ou symbolique plus ou moins calme, activité autour de l'éveil corporel, expérimentation des différents canaux sensoriels, relaxation, ...

Les propositions sont faites en fonction des capacités du sujet, dans le respect de ce qu'il est à ce moment donné et en suivant son rythme. Il s'agit aussi de partir de là où ils en sont dans leur développement psychomoteur pour les amener vers une plus grande autonomie motrice, psychique et affective. Ainsi nous pouvons nous inscrire dans un travail visant à la **prise de conscience, à la réappropriation du corps et à sa représentation mentale**.

Ici se fait un important travail autour de la **communication verbale et non verbale**. Les enfants investissent le langage, le toucher, la gestuelle, le tonus, le regard pour se faire comprendre. Les professionnels se doivent donc d'adopter une attitude attentive et vigilante afin de pouvoir entrer en relation avec l'enfant. Les adultes doivent aussi respecter le fait d'être dans une relation juste avec l'enfant : rester **entre la contenance et l'autonomisation**.

La **dynamique de groupe** est importante au sein de cet atelier, différentes relations se créent et les enfants semblent avoir du plaisir à se retrouver au fur et à mesure des séances. Cet effet de groupe peut d'ailleurs entraîner une implication positive de la part de chacun. De plus, la mise en sens de ce travail n'est intéressante que si nous pouvons penser le corps dans un **contexte relationnel**. La mise en place de cet atelier dans un groupe restreint permet aux enfants de se sentir en confiance et la détente est alors plus facile.

Martin veut jouer uniquement jouer seul avec l'adulte dans les premiers mois de l'atelier, allant même jusqu'à refuser des échanges de balle avec ses camarades. Il préfère expérimenter ses capacités motrices au sein d'une relation duelle où l'autre est entièrement disponible. C'est petit à petit que Martin va accepter d'intégrer la dynamique groupale qui se met en place. Il peut alors jouer avec les autres enfants présents. Au bout de quelques mois, Martin exprime même l'envie d'être installé près de Laurie et de profiter d'un moment de calme pour l'entourer de ses bras puis pour jouer ensemble.

A cause de difficultés d'élaboration ou d'une absence de langage pour certains, un temps de parole constructif ne peut être proposé en fin de séance. A la place nous demandons, dans la mesure du possible, aux enfants de relater ce qu'ils ressentent dans cet atelier mais sans faire de lien. Ils peuvent alors exprimer (verbalement ou corporellement) un soulagement, un mieux-être ou une détente. Nous avons ainsi remarqué que, peu à peu, la possibilité de mettre des mots sur les sensations vécues faisait jour.

J'ai pu remarquer un changement dans l'attitude des enfants depuis la mise en place de l'atelier Kin'Eveil. Les demandes de jeu ou de massage se font de plus en plus précises, le choix des outils est aussi plus fin. Les enfants ont maintenant l'habitude du déroulement du temps de préparation de leur personne ce qui rend le moment plus apaisé que durant les premières séances. Beaucoup d'entre eux manifestent du plaisir à venir lorsque nous allons les chercher sur leur groupe et certains viennent même devant la salle de détente en avance. Cela montre à quel point chaque enfant a **investi personnellement** le temps de cet atelier.

Lors d'une des toutes premières séances, la kinésithérapeute propose un massage à Léa, une jeune fille de 12 ans atteinte d'une déficience motrice évolutive qui se déplace en fauteuil roulant électrique. Au fur et à mesure des semaines, les demandes de Léa se précisent : « un peu plus appuyé », « aujourd'hui, le pied gauche », ... Elle semble s'être approprié ce temps et en profite pour relâcher les tensions localisées dans son corps.

Le principe d'un travail conjoint psychomotricien-kinésithérapeute permet une **complémentarité des actions thérapeutiques** grâce une vision différente du travail sur le corps. La prise en charge de chaque enfant est alors plus **globale**. Un temps de prise de note de trente minutes est fait à la fin de chaque séance, ainsi les regards se combinent dans l'intérêt d'accéder à une mise en sens la plus juste possible du comportement de chaque enfant.

Le psychomotricien trouve parfaitement sa place au sein de l'atelier Kin'Eveil. En effet, grâce à sa connaissance du développement psychomoteur il peut, à partir d'une observation fine, **rejoindre chaque enfant dans son niveau de développement propre**. Son rôle est aussi celui de penser le cadre afin qu'il soit le plus sécurisant possible, ainsi les expériences peuvent se faire dans un contexte apaisant où les relations sont stables et fiables.

Le propre du travail du psychomotricien est l'investissement de son corps, repéré comme médiateur de la relation à l'autre. Grâce à ses capacités d'observation il peut appréhender les manifestations, qu'elles soient toniques, motrices ou posturales, mises en jeu par le sujet. Il pourra ensuite les mettre en lien avec la situation en cours afin de faire des hypothèses sur le ressenti d'un enfant. En étant sensible au dialogue tonico-émotionnel le psychomotricien peut aussi entrer en relation avec un enfant dont les possibilités d'expression verbale sont limitées. Ce mode de **communication** est important dans la recherche de la détente corporelle, de part ce type d'induction il peut induire un apaisement des tensions. Son rôle est ainsi de permettre à chacun d'investir au mieux cet atelier.

Les possibilités amenées par cet espace transitionnel, permettent aussi au psychomotricien d'accompagner l'enfant dans la **mise en forme des représentations de son corps**. Le psychomotricien s'intéresse à l'image du corps de chaque sujet pour favoriser la mise en lien du moteur et du psychique. Il peut, par exemple, donner du sens aux éprouvés suscités lors de différentes expériences sensorielles grâce à sa capacité à réaliser des lectures corporelles. C'est ainsi qu'il peut accompagner le sujet dans l'accès à une conscience corporelle, permettant ensuite la représentation.

L'utilisation des médiateurs en psychomotricité se fait en fonction de la visée à atteindre dans le soin. Chaque médiateur possède un dispositif particulier et il ne propose pas les mêmes expériences au sujet.

A partir de cela, je peux dire qu'il n'y aurait pas de médiateur privilégié à notre disposition pour solliciter l'image du corps du sujet porteur d'un handicap moteur. Ce choix se détermine en fonction des besoins et des envies de chacun.

De plus, au cours de l'évolution de la prise en charge d'un sujet il est possible qu'il faille changer de médiateur. L'expérience invoquée peut ne plus être suffisamment bénéfique, il peut avoir besoin d'un cadre où les propositions sont plus élaborées. Ainsi nous pouvons être amenés à guider la prise en charge vers l'utilisation d'un nouveau médiateur qui ne va pas solliciter les mêmes potentialités au niveau de la construction de l'image du corps.

C'est d'ailleurs ce que je vais tenter d'illustrer au sein de l'étude de cas présente de la partie clinique de mon mémoire. En abordant, en amont, le contexte dans lequel évolue le psychomotricien au sein de l'I.E.M.

Partie Clinique :

La Psychomotricité

Et

Le Jeune Sujet Porteur d'un Handicap Moteur

I – PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

La structure dans laquelle j'effectue mon stage est un Institut d'Education Motrice. Cet établissement médico-social d'éducation et de soins est agréé par l'annexe XXIV Bis du Décret n°89-798 du 27 octobre 1989. Il accueille des enfants, des adolescents et des jeunes adultes atteints de déficience(s) motrice(s) qui peuvent être associée(s) ou non à d'autres déficiences. L'I.E.M. accueille aussi des jeunes relevant de l'amendement Creton. Même après avoir eu 20 ans les jeunes dont le projet individuel n'est pas abouti, ou qui attendent une place dans l'institution de leur choix, peuvent rester dans la structure.

L'I.E.M. est agréé par l'A.R.S. et géré par l'A.P.A.J.H. : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés.

Il accueille plus d'une centaine d'enfants, dont la moitié en internat et semi-internat. Ils sont répartis dans différents groupes selon des critères d'âge, de maturité ou de structuration psychique. Il y a le groupe des jeunes enfants (6 à 12 ans), celui des préadolescents (12 à 14 ans), celui des jeunes adolescents (14 à 16 ans), celui des grands adolescents (16 à 18 ans) et celui des majeurs (18 à 20 ans). Le dernier groupe est le groupe accueil. A l'origine ce groupe était destiné à accueillir les traumatisés crâniens mais aujourd'hui il concerne les jeunes ayant des grandes difficultés de structuration. Cette adaptation s'est faite avec la modification de la population arrivant à l'I.E.M. mais le groupe a conservé son nom de par son signifiant intéressant.

La plupart des jeunes suivent une scolarité dans des classes adaptées au sein de l'E.R.E.A. (Ecole Régionale d'Enseignement Adapté), située à côté de l'I.E.M. Si les deux structures sont bien indépendantes, les soins médicaux, paramédicaux et éducatifs suivent, cependant, le rythme scolaire. Des réunions hebdomadaires et des ateliers permettent de faire des liens avec les enseignants. Ces dispositifs ont pour but d'éviter le morcellement et d'avoir une vue globale de chaque jeune afin de les accompagner le mieux possible dans leurs difficultés, notamment cognitive.

Les soins corporels sont importants à l'I.E.M. Ceci s'explique par l'étendue et la possible gravité des pathologies présentées par les jeunes. Ils peuvent avoir besoin de soins et de surveillance, il y a aussi un aspect rééducatif.

Chaque enfant bénéficie d'un projet individuel qui comprend un projet éducatif, un projet thérapeutique et enfin, un projet pédagogique. C'est le projet éducatif qui représente le point de départ du projet global qui s'organise autour de l'enfant ou de l'adolescent.

L'établissement a trois objectifs principaux :

- Un objectif thérapeutique: Les atteintes corporelles engendrent des actes de réparation, de rééducation ou de réadaptation. La mission de L'I.E.M. est le soin curatif mais également le soin d'accompagnement et/ou de soutien.
- Un objectif d'éducation: Le projet éducatif contribue à l'acquisition des compétences, de savoir-faire. Il contribue à la responsabilisation, à l'autonomie sociale, à l'épanouissement de la personne et à son bien-être dans la vie sociale, culturelle, ...
- Un objectif scolaire: Il concerne les acquisitions et le soutien scolaires. Le travail éducatif de parole, d'étayage de l'enfant et de réassurance est très important.

II – PRESENTATION DE LA POPULATION

L'I.E.M accueille 113 jeunes qui ont entre 6 et 20 ans. Ils sont tous porteurs d'un handicap moteur, cependant, une grande partie d'entre eux peuvent présenter des troubles associés. Pour la plupart, ils présentent, en plus d'une déficience motrice, des déficiences cognitives, organiques, psychiques, sensorielles ou comportementales. Cela peut aussi être des troubles des apprentissages, des troubles dysharmoniques, des troubles psychoaffectifs, des troubles de la personnalité, une déficience intellectuelle,... Seuls les enfants polyhandicapés ne peuvent être orientés dans cet établissement.

Les affections rencontrées sont, pour une très grande majorité, congénitales. Elles peuvent être la conséquence d'une anomalie génétique, d'une cause toxique ou médicamenteuse, d'un déficit vitaminique, d'une maladie maternelle, ... Elles sont parfois identifiées avant la naissance grâce au diagnostic prénatal mais ce n'est pas toujours le cas.

L'atteinte peut être localisée au niveau du système nerveux central ou périphérique et ainsi entraîner une infirmité motrice d'origine cérébrale, des pathologies neuromusculaires ou ostéo-articulaires, des pathologies dégénératives, des maladies métaboliques, ... Cependant, il semble important de souligner que, sous un même nom de maladie, peuvent se regrouper des réalités cliniques très différentes.

Avant d'arriver à l'I.E.M, certains jeunes vivaient dans leur famille et allaient à l'école publique où leur temps scolaire était aménagé en fonction de leur pathologie. Ils pouvaient aussi être suivi par un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce, un Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile, en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique ou par des professionnels libéraux. D'autres encore arrivent d'un Jardin d'Enfants Spécialisé, d'un centre spécialisé en rééducation fonctionnelle ou bien d'un pays étranger afin d'avoir accès à des soins plus adaptés.

Les professionnels de l'I.E.M. remarquent que, depuis quelques années, les handicaps présentés par les jeunes ont évolué. Si dans les proportions, les pathologies sont équivalentes, c'est au niveau de la gravité des troubles qu'une augmentation a pu être observée.

Cette différence de recrutement est en lien avec deux facteurs : les progrès médicaux et les aspects législatifs. Aujourd'hui, il est possible de survivre à des affections graves et les soins en néonatalogie se sont perfectionnés. De plus, une diminution du recrutement d'enfants porteurs de pathologies neuromusculaires s'explique par le développement des possibilités de scolarisation en milieu normal.

Face à cette importante diversité de pathologies et leur complexité, le souci principal des professionnels de l'I.E.M. est d'arriver à communiquer avec chaque jeune. En effet, parmi l'importance des handicaps présentés ce sont les moyens de communication qui sont le plus touchés. Il s'agit donc de travailler en maillage afin de pouvoir entrer en relation avec les jeunes. En croisant leurs regards spécifiques, les différents professionnels sont capables d'appréhender au mieux la situation dans laquelle se trouve un jeune. Ils peuvent alors tenter de comprendre les enjeux qui entourent son évolution, avec ce handicap qui lui est propre. C'est ainsi qu'il leur sera possible de mettre en place une prise en charge globalisante autour de chaque sujet de l'institution.

III – FONCTIONNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE

Le personnel de l'I.E.M. est composé d'éducateurs spécialisés, de moniteurs éducateurs et d'aides-soignants qui accompagnent les enfants au quotidien. Pour aider les enfants dans leurs difficultés physiques, psychiques et/ou familiales peuvent intervenir le médecin de rééducation fonctionnelle, le médecin psychiatre, les infirmières, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes, le psychologue, l'assistante sociale, ...

Le personnel de l'I.E.M. revendique un fonctionnement institutionnel qui va dans le sens d'un rôle intégrateur. En effet, les professionnels considèrent les troubles associés comme étant inhérents, plutôt que surajoutés, au handicap moteur. D'où l'importance de mettre en place une prise en charge intégrative et globalisante.

Afin de soutenir au mieux la construction identitaire des enfants accueillis chaque membre de l'équipe se donne les moyens d'une pratique institutionnelle qui s'inscrit dans un tout cohérent pour chaque sujet. Cela est rendu possible par une articulation entre les champs globaux d'intervention et un maillage serré entre les différentes interventions. En pratique, il peut y avoir des relations directes et fréquentes entre les intervenants auprès d'un même enfant. De par un croisement des points de vue, spécifiques à chaque professionnel, l'équipe peut accéder à une représentation évolutive et globale d'un enfant unifié.

Ce fonctionnement est rendu possible grâce aux échanges de références théoriques et d'approches qui existent dans la rencontre. Cela peut se faire dans différents lieux (réunions de synthèse, prises en charge, entretiens entre professionnels) où l'intervention d'une personne peut venir enrichir la réflexion d'une autre. Se croisent alors différentes visions concernant le fonctionnement des sujets porteurs d'un handicap moteur, leur approche clinique et la pratique qui en résulte.

En ouvrant un espace d'expression libre au sein de différents lieux, la parole peut circuler. Les jeunes de l'I.E.M peuvent d'ailleurs s'appuyer, à leur tour, sur l'existence d'un tel espace pour faire émerger leur parole.

De plus, en se complétant, ces différents espaces de parole forment une ossature stable : un repère solide sur lequel le sujet, en développement, va pouvoir s'appuyer.

L'équipe de l'I.E.M. possède des connaissances sur la valeur des expériences sensori-motrices dans l'élaboration de la pensée et le développement cognitif. Ils accompagnent les enfants dans la construction cohérente d'une unité corporelle qui puisse être, à la fois, affectée et socle de relation. Le soin psychique prend en compte les troubles psycho-affectifs avérés mais il va aussi soutenir l'élaboration harmonieuse d'une personnalité et d'une identité intégrant le handicap.

IV – LES ATELIERS

Les ateliers reposent sur un cadre et un dispositif. Ils assurent une aire potentielle d'expression, de représentation et de symbolisation favorable à un travail de pensée et à un étayage narcissique. Ils trouvent leur intérêt chez les enfants dont le handicap a marqué le développement physique et psychique.

Le cadre, dans sa fonction, est contenant. Le lieu, la régularité, le rythme, la présence des enfants et des adultes conditionnent l'existence et le maintien de cet espace d'expression et de relation. Les personnes garantes de ce cadre peuvent être de professions différentes (psychologue, kinésithérapeute, orthophoniste, éducateur, psychomotricien). Leurs regards cliniques spécifiques se complètent afin de donner une dimension soignante aux médiations utilisées. Le contexte de groupe permet aussi à l'enfant de réaliser des expériences relationnelles autour d'un médiateur partagé par tous durant ce temps d'atelier.

L'existence d'un atelier repose sur la validation et le soutien apporté par l'ensemble de l'équipe de l'I.E.M. mais aussi sur un important travail de collaboration entre les professionnels.

Cette collaboration débute dès la naissance d'un projet d'atelier. A ce moment-là plusieurs professionnels vont se réunir afin d'élaborer une réflexion qui sera ensuite rédigée par écrit et présentée à l'ensemble de l'équipe. Cette étape permet de réunir, sur un même document, les bases théoriques sur lesquelles reposent l'atelier, le dispositif imaginé et la population à laquelle il peut être proposé.

Après approbation de l'équipe, l'atelier pourra alors être mis en place et proposé aux jeunes pour lesquels il représente un accompagnement cohérent avec leur projet de soin ou éducatif. A ce niveau, le travail de collaboration se retrouve dans les entretiens préalables à une intégration dans l'atelier et les séances d'essais nécessaires. La demande du jeune est toujours entendue afin qu'il soit, en tant que sujet, engagé activement dans cette proposition.

A chaque séance de l'atelier, la collaboration entre les animateurs est engagée au cœur même de son déroulement. En effet, il s'agit d'accompagner au mieux chaque jeune pour qu'il puisse réaliser un parcours individuel au sein de cet espace.

Une partie du travail de collaboration entre les différents professionnels réside aussi dans la prise de notes et la participation aux réunions de régulations consacrées aux différents ateliers de l'I.E.M. Les professionnels peuvent avoir du recul sur l'expérience vécue. Cela peut apporter des éléments dans l'essai de compréhension du fonctionnement d'un sujet afin de pouvoir proposer un accompagnement adapté. Revenir sur ce qu'il s'est passé permet aussi d'élaborer un projet pour les séances suivantes, de réajuster la prise en charge pour rester au plus proche des besoins de l'enfant. Ce fonctionnement permet de se rendre compte de l'évolution de la prise en charge et des enfants, de savoir ce qui a « bougé » et, parfois, par quels moyens cela a « bougé ». L'écriture est également un moyen incontournable qui nous permet d'éviter qu'une focalisation se crée sur le handicap et la nécessité du soin, au détriment de la pensée. De plus, les professionnels ont ainsi la possibilité d'avoir du recul sur leur pratique dont la remise en question peut être bénéfique.

A – Les Ateliers Thérapeutiques

« Les ateliers thérapeutiques sont des lieux pensés par les adultes pour permettre que s'entende et s'éprouve la parole des enfants et des adolescents qui y sont accueillis. »⁷¹

La participation d'un jeune à un atelier thérapeutique est sous-tendue par une prescription médicale. Au sein de ces ateliers, plusieurs professionnels peuvent être réunis autour d'un soin psychique utilisant un médiateur. L'effet « thérapeutique » vient de la position de l'animateur principalement : de son souci d'écoute des jeunes et de ce qui est au travail dans la relation. Il vient donner du sens à ce qui se déroule et laisse au sujet le choix de s'en saisir ou non.

En pratique, on l'amène à repérer que tout ce qui se passe ou se joue dans ce cadre, parle de lui. Et ceci, en évitant de faire émerger un sentiment de violence par l'interprétation. Il s'agit de préserver la légèreté de la créativité mais pas la légèreté de l'expression : on permet au sujet de représenter des choses qui peuvent être tragiques pour lui.

Ainsi, on lui permet d'utiliser les différents éléments du dispositif pour expérimenter, symboliser l'expérience de la rencontre (ou de la non rencontre) avec l'autre. Le rôle de l'atelier thérapeutique est de proposer au sujet de nouvelles expériences de symbolisation.

⁷¹ Projet d'établissement de l'I.E.M., Mars 2005

La médiation va venir nous aider dans cette prise de distance car elle est riche d'éléments propices à la symbolisation.

Pommereau précise que « *Définir un cadre thérapeutique, c'est ainsi fournir une réalité externe spécifique que nous supposons activatrice du processus de construction ou de restauration d'un espace psychique interne* »⁷². Ceci est réalisable avec la condition que le cadre soit suffisamment contenant et qu'il garantisse une certaine confidentialité.

Le cadre proposé s'éloigne des psychothérapies psychanalytiques car les règles de neutralité ne peuvent exister ici. Le thérapeute ne vient pas analyser les difficultés qui ont pu apparaître dans l'histoire de la symbolisation du sujet. Son rôle est d'amener des possibilités, de réouverture ou de réactivation, dans le processus de construction de l'identité du sujet.

Un jeune de l'I.E.M. peut venir au sein d'un atelier thérapeutique si son intégration reste cohérente avec le projet de soin en cours. En ce lieu, il vient pour :

- Dire à mots couverts, par le biais du corps, du jeu, du rôle, de la mise en scène sa souffrance, son désir, son rapport aux autres. Au travers de la fiction, du « faire semblant » ces questions peuvent devenir acceptables.
- « Jouer un autre », expérimenter le déplacement entre « c'est moi » et « c'est pas moi ». Cela va lui permettre d'opérer, avec le temps, une séparation entre réalité et imaginaire, entre le dedans et le dehors.
- Harmoniser sa relation à l'autre car le cadre va rendre la socialisation plus acceptable et amener la notion de respect de l'autre. En effet, on va proposer au sujet une expérience sociale positive.
- Restaurer la confiance en soi et en l'autre.

L'activité groupale peut aussi être considérée comme une technique, un outil, un médiateur au sein de l'atelier thérapeutique. Dans ce lieu de projection et d'identification le sujet peut trouver un appui dans le regard de l'autre. Si ces expériences relationnelles sont intéressantes, il semble, tout de même, important de se poser la question de « pourquoi ? » on vient utiliser le groupe. Par le biais de ces interrogations, il va nous être possible de déterminer la source (institution, patient, choix personnel, matériel) de la demande afin de la garder à l'esprit.

⁷² Pommereau, Adolescents difficiles : entre unité de soins – contenir sans détenir ou la question du cadre thérapeutique, Angers, Actes de la Cinquième Journée Médecine et Santé de l'Adolescent, 13/12/2003, Disponible sur <http://www.med.univ-angers.fr/>

B – Les Ateliers Non Thérapeutiques

Dans ce cas, l'atelier est plus directif et il est rattaché au projet éducatif, il n'y a pas d'indication médicale. Ce sont les animateurs (soignant ou éducateur), avec le soutien de l'institution, qui proposent à un jeune de participer à l'atelier. Le cadre est plus ouvert que dans un atelier thérapeutique, certains participants ne peuvent venir qu'une seule fois. Cela se produit notamment lorsqu'un des jeunes de l'I.E.M. vit une difficulté passagère, aussi appelée «crise». Les adultes peuvent alors lui proposer de rejoindre l'atelier afin de prendre un temps pour lui-même et aussi d'être entendu s'il a besoin de partager ce qu'il se passe pour lui à cet instant.

Ici, la prise de note permet d'appréhender une évolution globale, d'un sujet en particulier ou du groupe dans son entier, d'un point de vue éducatif et aussi de créer une certaine continuité entre les séances. De ce fait, elle n'est pas systématique et se déroule seulement si elle a du sens pour chacun des encadrants.

Les professionnels soignants présents peuvent repérer la qualité de l'engagement relationnel de chaque sujet. Ils viennent, par exemple, apporter leur expérience lorsque le groupe est composé d'enfants porteurs d'un handicap physique ou psychique important. En effet, il arrive que des professionnels se trouvent parfois démunis face à la complexité voire « l'étrangeté » du mode de fonctionnement d'un jeune ou des particularités relationnelles qu'il possède. Cette présence supplémentaire peut structurer ou accompagner certains jeunes en venant les rejoindre dans leurs difficultés. Les soignants accueillent ce que les jeunes amènent spontanément, cette rencontre, dégagée d'un contexte de soin, peut être une passerelle vers un travail mis en place par la suite qui sera, lui, plus thérapeutique.

V – LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE

Le champ de la psychomotricité permet d'appréhender le développement psychomoteur, langagier, affectif et cognitif de l'enfant ou de l'adolescent. Dans le cas de pathologies motrices, il s'agit avant tout de considérer la place du corps handicapé dans la structuration globale de l'enfant. A l'I.E.M. le travail principal d'un psychomotricien est de permettre à l'enfant de s'approprier ou de se réapproprier son corps.

A – Au sein de l'Equipe Pluridisciplinaire de l'I.E.M.

Le travail d'un psychomotricien trouve sa place dans ce fonctionnement institutionnel puisque la psychomotricité se situe dans une démarche de considération de la globalité de l'enfant. Mais la pratique psychomotrice vient aussi à contre-courant des autres approches : elle s'oppose à la fragmentation des interventions et se dégage d'une fonction de réparation du corps.

En effet, beaucoup d'institutions fonctionnent sur un certain modèle qui consiste à laisser le corps du sujet porteur d'un handicap moteur au soin du médecin de rééducation fonctionnelle, des infirmiers, des kinésithérapeutes,... Et d'un autre côté, de confier l'esprit du sujet au médecin psychiatre et au psychologue.

Or, l'équipe de l'I.E.M. a fait le choix de s'éloigner de ce modèle dans l'intérêt d'éviter un clivage corps-esprit chez des jeunes ayant pu vivre des expériences de morcellement, du fait des nombreuses interventions médicales pratiquées sur leur corps. E. Van Doesburg et M. Mellièrre ajoutent même que « *Le patient se voit souvent disparaître derrière une pathologie ou résumé à la partie traumatisée de son corps. Alors que son attente est d'être considéré comme un individu unique, inscrit dans une histoire personnelle et médicale* » et que « *Cette préoccupation de l'équipe soignante centrée sur sa pathologie, lui permet de pouvoir isoler son problème du reste de son corps et de son quotidien. Cette approche partielle empêche de considérer le patient dans son unité* »⁷³.

⁷³ E. Van Doesburg et M. Mellièrre, A partir d'une expérience clinique et pratique en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, Thérapie Psychomotrice et Recherches n°127, 2001

De ce fait, la psychomotricité a pu s'intégrer dans le travail d'accompagnement réalisé auprès des jeunes accueillis dans l'établissement en mettant en avant son approche globalisante du sujet. Il s'agit pour nous de rejoindre le sujet qu'est le jeune en essayant de ne pas se laisser envahir par l'urgence médicale. En effet, les risques (fracture, encombrement respiratoire par exemple) peuvent nous amener à voir le handicap plutôt que le sujet.

Des liens peuvent être faits entre le psychomotricien et les autres membres de l'équipe en fonction des questions soulevées dans le cadre de la prise en charge. Cela peut se faire au sein d'ateliers thérapeutiques en partenariat avec des orthophonistes, des kinésithérapeutes, des éducateurs, ... Ainsi les pratiques et les visions se complètent et s'enrichissent dans l'intérêt d'une prise en charge qui s'articule autour du sujet.

B – Le Bilan Psychomoteur

La pratique psychomotrice débute dès la première rencontre avec le patient. Celle-ci comprend : la demande, l'entretien, le bilan psychomoteur, l'analyse du (des) symptôme(s) et la prise en charge. Le rôle du psychomotricien est d'analyser la demande et de lire le symptôme dans le but d'établir, si nécessaire, l'organisation d'une prise en charge.

Il va constater, décrire et essayer de comprendre le (les) symptôme(s) présenté(s) par le sujet. Pour cela, il dispose de son œil clinique et d'une batterie de tests. En effet, au cours du bilan psychomoteur il peut évaluer les compétences et les difficultés psychomotrices du sujet. Ainsi, il recueille des données objectives telles que les manifestations corporelles du symptôme. Il va aussi repérer des données subjectives en observant de quelle manière le patient engage son corps dans la relation.

L'examen psychomoteur est un outil clinique de dépistage, de prévention, de diagnostic, d'information et aussi de thérapie. Il permet d'appréhender la motricité du patient en tant que moyen de maîtrise, d'expression et de mise en relation. Il consiste en une pluralité d'observations, d'évaluations cliniques et de situations expérimentales standardisées que l'on va référencer d'une part à des stades développementaux et d'autre part à une perception de la situation bio-psycho-socio-culturelle et familiale du sujet.

Il peut apporter différentes données concernant le patient :

- Objectives : Equipement moteur. Commande motrice. Schéma corporel. Image du corps. Tonus musculaire. Espace. Temps. Latéralité.
- Subjectives : Présentation générale du sujet (santé physique, développement staturo-pondéral, posture). Adaptation à la situation (anxiété, inhibition, attention, participation, concentration, lenteur, précipitation, maîtrise tonico-émotionnelle). Qualité du contact relationnel (fuite, passivité, opposition, séduction, proximité).

L'indication du bilan se fait sur prescription médicale, rédigée par un médecin de l'institution. Elle peut renvoyer à une demande très précise du prescripteur mais souvent on demande au psychomotricien son avis sur la motricité globale du sujet. La demande peut aussi être celle d'une confrontation du sujet à la norme développementale et aux compétences des personnes du même âge. Le psychomotricien est alors amené à donner son avis sur le développement psychomoteur, les aptitudes d'investissement corporel et psychique de la personne. Il a donc une vision différente de celle des autres professionnels. Cette différence est un enjeu important dans une équipe pluridisciplinaire. En effet, les visions propres à chaque intervenant peuvent alors se compléter ce qui permet d'avoir une impression globale du sujet.

Plus que cela, le bilan psychomoteur est aussi déterminant pour le repérage de la souffrance du patient et la rencontre entre la demande d'aide et la proposition d'un suivi.

Il n'est pas rare, au sein de l'I.E.M., que la passation d'un examen psychomoteur classique soit impossible. Cela arrive lorsque le handicap d'un jeune vient entraver, de manière importante, la réalisation d'actions motrices volontaires. De plus, ces enfants multi évalués et fréquemment examinés peuvent se montrer en opposition franche ou bien trop angoissé pour supporter un nouvel examen, qui s'inscrit le plus souvent dans une liste importante (ergothérapie, orthophonie, médical).

Dans ce cas, l'évaluation du développement psychomoteur du sujet va être fondée sur l'observation, toujours en prenant en considération l'âge du jeune. Ceci est rendu possible grâce à la spécificité du psychomotricien concernant son œil clinique : il peut porter son regard sur l'activité gestuelle et motrice du sujet et de ses productions.

En pratique, il va observer la « manière de faire », la présence du jeune dans son corps, dans l'espace et dans la relation à l'autre.

Il va tenter d'appréhender la constitution de la tonicité, son aisance ou sa difficulté, sa prise en compte de l'espace environnant, sa manière d'entrer en relation avec autrui, sa gestion des affects dans l'action, ...

Le regard du psychomotricien va plutôt porter sur le « comment », il n'est pas dans une recherche de performances. Au sein de cette rencontre, il va essayer de faire du tri entre les troubles organiques, les troubles psychiques et les liens qui peuvent exister entre ces troubles. Mais surtout, il va tenter de repérer la manière dont le sujet s'organise avec toutes ces problématiques.

C – La Spécificité de l'Approche Psychomotrice

S'il m'a semblé important de catégoriser différents axes de réflexion sur le travail du psychomotricien au sein de l'I.E.M. afin de les clarifier, en pratique, ils sont en interaction constante.

1 – La Pratique Psychomotrice selon G. Ponton

Au sein d'un article⁷⁴, G. Ponton, psychomotricienne, évoque trois directions essentielles sur lesquelles reposerait la pratique psychomotrice :

- Se rendre présent à la perception : Le psychomotricien devrait transmettre au patient le souci de rester présent à ce qu'il fait, d'être sensible à ce qu'il ressent. En effet, le premier niveau de conscience commencerait à l'instant où l'action est guidée par la perception. Il paraît important d'éveiller le sujet à la présence des sensations vécues et des émotions qu'elles évoquent. De cette manière, il nous serait possible de l'accompagner dans une certaine harmonisation : développer sa capacité à s'auto-accorder. C'est ainsi que le sujet pourrait ajuster sa posture, préciser ses gestes, moduler son tonus, ...

Alexandre est un jeune garçon de 11 ans atteint d'une infirmité motrice d'origine cérébrale. Ses quatre membres présentent une spasticité qui entrave beaucoup ses mouvements. Au sein de la prise en charge en psychomotricité, il n'est pas rare que nous soulignons les perceptions : « On dirait que cette main n'est pas réveillée, elle refuse d'attraper le crayon » et Alexandre va alors effectuer ce geste.

⁷⁴ G. Ponton, La réorganisation de la conscience corporelle, Thérapie Psychomotrice et Recherches n°169, 2012

- Créer du sens : Le rôle du psychomotricien serait aussi celui de porter attention à l'expression de l'individu, dans sa manière d'habiter l'espace et de prendre place dans le monde qui l'entoure. Donner du sens se ferait lorsque « *nous prenons appui sur le contexte d'ici et maintenant pour découvrir au cours de l'accompagnement que l'expérience que nous sommes amenés à proposer nous est « dictée » par la personne elle-même* »⁷⁵. Le psychomotricien poserait donc une signification sur la part de l'autre qui vient résonner en lui. Sa présence servirait de « *catalyseur* » pour que le sujet puisse structurer lui-même les bases de son autonomie. En effet, pour construire son existence, son identité, le sujet a besoin d'une certaine altérité qu'il est possible de trouver dans la rencontre.
- Se transformer ensemble : Ce serait une forme de « *trans-subjectivité qui se renouvelle sans cesse* » dans « *un mouvement transformant chaque protagoniste au cours du cheminement de la rencontre* »⁷⁶. Le psychomotricien, comme le patient, participeraient donc à ce qu'il se passe tout en étant modulés par les phénomènes qui adviennent dans la rencontre.

2 – Un Rapport au Corps Particulier

Ce qui est propre à la thérapie psychomotrice est en lien avec le corps du fait que le sujet serait avant tout corporel. Au début de la vie, le corps est au premier plan des investissements : c'est dans l'éprouvé du corps à corps que le nourrisson va se construire sa propre enveloppe. C'est par ce même corps que le psychomotricien peut permettre au sujet de faire émerger des représentations, éléments nécessaires à sa construction.

Au sein de l'I.E.M., le psychomotricien effectue un important travail de restauration du rapport au corps auprès des enfants accueillis qui peuvent être blessés dans leur identité. Il s'agit d'aider le sujet à restituer l'ensemble de ses atteintes dans sa globalité corporelle, dans son histoire et dans le sens qu'ils prennent ici et maintenant. Cela peut être réalisé par le biais du plaisir éprouvé dans le jeu et dans la relation à l'autre. C'est ainsi que le psychomotricien appréhende l'implication du traumatisme dans le vécu de la personne.

⁷⁵ Ibid

⁷⁶ Ibid

Il cherche à savoir si cette étendue concerne une partie du corps dans son aspect fonctionnel, son image du corps et/ou sa vie relationnelle et affective.

Un travail de conscience corporelle peut être réalisé avec ces jeunes qui sont parfois confrontés à la douleur et/ou à des opérations invasives sur leur corps. Le psychomotricien peut alors être amené à l'accompagnement de ces soins en cas d'angoisse corporelle ou lorsque l'enfant n'a pas donné de sens aux interventions qui vont être pratiquées. Il peut aussi l'amener vers un bien-être afin que ce corps, qui a subi des traumatismes, vive aussi des éprouvés positifs.

Le psychomotricien viendrait aussi se distinguer des autres professionnels de l'I.E.M. de par son approche corporelle particulière en ce qui concerne l'intimité du sujet. En effet, les jeunes accueillis sont souvent examinés, exposés, ... Même si tous ces actes sont pratiqués avec respect il ne faut pas nier l'existence d'une certaine forme d'effraction dans leur intimité. Il paraît donc important que le psychomotricien vienne soutenir les jeunes dans la démarche d'une certaine réappropriation de leur intimité corporelle.

Au niveau de l'image du corps, le rôle du psychomotricien sera d'apporter son aide au sujet pour qu'il puisse se construire une image du corps unifiée, affectée et qui lui paraisse acceptable. Le regard que l'on pose sur le corps du jeune entre aussi dans cette dimension. Par exemple il est préférable de rester à distance des soins du corps comme les toilettes, les changes. Si ils sont réalisés par les aides-soignants c'est parce que leur fonction vient valider l'accès au corps dénudé, ce qui n'est pas le cas de la nôtre.

3 – Des Capacités d'Ecoute et de Disponibilité

De par ses capacités d'écoute particulières, le psychomotricien va pouvoir entendre ce qu'il y a au-delà de la description des symptômes. C'est par ce biais qu'il pourra aider le sujet à les inscrire dans sa globalité psychocorporelle.

Au sein d'un article, E. Van Doesburg et M. Mellièrre, deux psychomotriciens mettent l'accent sur l'importance de l'écoute des patients : « *Parce qu'écouter ne rime pas déjà avec savoir, laissons leur la place de raconter à tous les modes* »⁷⁷. Une écoute attentive nous permet de saisir à quel niveau de compréhension se situe le sujet et quel sens prennent les atteintes au sein de son vécu.

⁷⁷ E. Van Doesburg et M. Mellièrre, A partir d'une expérience clinique et pratique en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, Thérapie Psychomotrice et Recherches n°127, 2001

Notre observation est tout aussi importante, elle va concerner la posture, les mimiques, la gestuelle, la dynamique corporelle, l'investissement de l'espace, ... Ces différents niveaux d'écoute prennent toute leur importance lorsque l'on en fait une lecture simultanée. C'est de cette manière qu'il nous est possible de repérer tout décalage entre le discours du corps et le discours verbal. Notre disponibilité peut, en pratique, nous permettre d'appréhender les moments où l'abord du sujet est pertinent au niveau du corps et ceux où nous devons en passer par des échanges verbaux.

Le rôle du psychomotricien peut aussi être celui d'accompagner le sujet dans l'élaboration de ses pertes afin qu'il puisse les aborder le mieux possible. En effet, beaucoup de jeunes accueillis vivent, ou ont vécu, la perte de leurs fonctions motrices, langagières ou cognitives. Le psychomotricien peut aider dans l'investissement d'autres solutions : pictogrammes, synthèse vocale, fauteuil électrique,... Une grande disponibilité est alors importante car il est aussi possible qu'il ait à accueillir la souffrance de l'autre : les affects sont investis dans ce processus qu'est la perte. L'accompagnement doit donc se faire dans une relation de confiance car le sujet peut éprouver de l'appréhension à se confier sur sa perte d'autonomie. En pratique, il s'agit, avant tout, de s'appuyer sur ce qu'il n'a pas perdu afin de pouvoir l'accompagner dans une démarche dynamique et bien vivante.

4 – D'autres Modalités de Communication

Le psychomotricien peut avoir un rôle dans le développement des capacités d'expression et de communication de l'enfant afin qu'il puisse s'inscrire dans la relation. Au sein de l'I.E.M. il s'agit de proposer un type de relation et d'accompagnement adapté aux potentialités de l'enfant. Cela requiert de mobiliser son attention et d'être à l'écoute de l'enfant par le biais de la lecture corporelle. En effet, de par son comportement, sa gestuelle ou son tonus l'enfant peut communiquer même s'il n'a pas ou peu de langage. C'est au psychomotricien de poser du sens sur tous les signes qu'il a pu repérer dans l'échange. En général, il formule des hypothèses afin de trouver une explication qui soit en lien avec la situation en cours ou un ressenti interne supposé. Ces hypothèses sont alors énoncées verbalement et on laisse à l'enfant le choix d'y répondre ou non.

D – Au sein d’une Médiation

Dans le cadre de la construction d’une réflexion portant sur l’utilisation des médiations en psychomotricité, M. Rodriguez et M. Bruchon Chatagnat, deux psychomotriciens, ont rédigé : *« Il n’existe pas de psychomotricité sans l’intermédiaire d’une médiation qu’elle soit proposée comme telle ou en quelque sorte trouvée-crée lors de la rencontre avec le sujet »*⁷⁸. En tant que psychomotricien nous sommes donc toujours au contact de médiateurs. Cependant, il semble important de garder à l’esprit que la médiation est composée d’outils intéressants certes, mais que son attrait principal réside dans la pensée avec laquelle le psychomotricien va investir cet espace. Car c’est dans cet espace potentiel, tel que l’évoque Winnicott, que la rencontre va permettre l’introjection, par le sujet, de phénomènes symbolisables. C’est d’ailleurs ce que met en avant J. Riou, psychomotricien en écrivant que *« L’optique de l’indication en psychomotricité serait alors de pouvoir favoriser la symbolisation, la mise à distance de l’agir stérile à partir de médiations permettant la mise en œuvre des potentialités créatrices du sujet »*⁷⁹.

En pratique, il s’agit le plus souvent de répondre à une mise en actes par une autre. Cette dernière doit avoir une valeur interprétative et on laissera au sujet le choix de se l’approprier ou non. Dans ce cadre, on ne vient pas chercher le contenu inconscient qui serait caché qui serait à l’œuvre dans le jeu de l’enfant, cela tient plutôt de la séance analytique.

Notre spécificité vient du fait que l’on reconnaît le sérieux du jeu et que l’on respecte cet espace-temps du fait qu’il permet à l’enfant de faire l’expérience de la créativité. L’intervention du psychomotricien se fait dans le regard, dans le geste, dans l’étayage lorsqu’il vient faire écho à l’action du sujet.

⁷⁸ M. Rodriguez et M. Bruchon Chatagnat, Postface, *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°161, 2010

⁷⁹ J. Riou, *La créativité dans la thérapie psychomotrice : une mise en œuvre de la sublimation par la médiation des castrations symboligènes ?* *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°141, 2005

VI – ETUDE DE CAS : RACHEL

La prise en charge en psychomotricité de Rachel au sein de la pataugeoire, c'est l'histoire d'une rencontre. Ou plutôt d'une non-rencontre au départ, puis d'un apprivoisement mutuel progressif. Au sein de ce lieu, différentes mises en relation ont pu être expérimentées : des sensations aux émotions, des manifestations corporelles au sens, de Rachel aux autres.

Rachel est une petite fille plutôt souriante, de taille moyenne, aux longs cheveux châtain et qui est toujours très apprêtée. Elle est âgée de 10 ans lorsque je la rencontre au sein de mon stage à l'I.E.M. Le temps formel où nous nous voyons correspond à une heure par semaine au sein de la pataugeoire de l'établissement. Dans ce cadre sont présentes : une psychomotricienne, une monitrice éducatrice et moi-même.

Nous nous retrouvons tous les vendredis matins au niveau de l'accueil, dès son arrivée, où Rachel nous attend, souvent accompagnée d'une éducatrice, assise sur un banc à l'écart des autres enfants. Lorsque nous arrivons dans cet espace, il n'est pas rare que Rachel nous fixe quelques secondes en silence, comme si elle ne se rappelait pas que nous allons en pataugeoire. Sur nos paroles rassurantes, elle se lève d'un seul bond pour aller entourer de ses bras la psychomotricienne ou la monitrice éducatrice. Si Rachel peut me regarder à ce moment, elle ne me dira bonjour que très rarement et ce qu'au bout de quelques mois. Ensuite, elle nous présente très souvent un objet (peluche, jeu, déguisement) qu'elle a ramené de sa maison, peut-être pour faire du lien entre ces deux espaces.

- Quelques éléments d'anamnèse

Rachel est née le 16 novembre 2002, je n'ai pas beaucoup d'éléments concernant sa petite enfance mais la grossesse et l'accouchement se seraient tous deux bien déroulés.

En août 2006, elle subit une opération pour que lui soit retiré un médulloblastome au niveau du tronc cérébral : une tumeur maligne à croissance rapide. Elle doit, à cette occasion, faire des séances de radiothérapie et de chimiothérapie. A la suite de cette intervention, elle va garder quelques discrets troubles de l'équilibre et une cicatrice au niveau de la nuque. Cette dernière est visible uniquement lorsque ses cheveux sont relevés par un élastique car certains n'ont pas repoussés sur la zone irradiée. Actuellement, elle doit poursuivre un contrôle I.R.M. tous les trois mois afin de s'assurer de l'absence d'une récurrence.

L'audition de Rachel étant atteinte à la suite de ses traitements, elle doit porter un appareil et a donc subi les interventions nécessaires à sa mise en place. Sa surdité ayant été découverte quelques mois après son entrée à l'I.E.M. La petite fille présente également quelques troubles mnésiques et des difficultés de concentration, des troubles cognitifs secondaires aux soins de radiothérapie. Elle est entravée dans ses apprentissages à cause d'une lenteur assez importante et quelques comportements d'opposition. Cependant, elle s'exprime avec des phrases bien construites avec un vocabulaire clair et approprié.

Rachel possède quelques difficultés à être en relation duelle, cela se manifeste par de la toute-puissance, de l'opposition ou bien, au contraire, par des conduites d'accrochage physique à l'autre.

Jusqu'en 2010, la petite fille est scolarisée au sein d'une Classe d'Intégration Scolaire et elle est suivie au sein d'un hôpital de jour. Ses parents sont séparés depuis bientôt deux ans mais ils entretiendraient de bons rapports. Ils sont tous les deux en activité : son père est prothésiste dentaire et sa mère assistante maternelle à son domicile.

- Rachel au sein de l'I.E.M.

Rachel est arrivée à l'I.E.M. en septembre 2010. Elle se trouve au sein du groupe éducatif des jeunes enfants, âgés de 6 à 12 ans et suit une scolarité en C.L.I.S. à l'E.R.E.A.

Au début de son intégration, Rachel était très effacée et elle pouvait être très impressionnée par le handicap important présenté par quelques enfants.

Elle possède des suivis hebdomadaires en kinésithérapie, en orthophonie et en psychothérapie. Elle participe également à différents ateliers comme le poney ou l'escalade qu'elle a très investi. Ce dernier atelier est d'ailleurs encadré par la monitrice éducatrice qui est aussi présente en pataugeoire avec Rachel, elles ont toutes les deux une grande complicité ce qui a été important pour tisser une relation dans le soin en pataugeoire.

Le projet global de soin autour de Rachel est de la soutenir dans le développement harmonieux de ses compétences motrices et cognitives. Il s'agit aussi de l'accompagner dans les difficultés relationnelles qu'elle rencontre auprès de ses pairs ou de l'adulte.

- Résumé du bilan psychomoteur

Il est effectué en janvier 2011, Rachel est alors âgée de 8 ans. La petite fille se montre dans le désir relationnel mais il faudra quelques rencontres au dehors de la salle de psychomotricité avant que Rachel accepte la proposition d'une passation de bilan.

Au départ, elle reste à distance et se montre opposante dès qu'une demande, même implicite, est formulée par la psychomotricienne. L'expression verbale est très fluctuante en fonction des situations et de la distance relationnelle. Par exemple, elle peut passer d'une construction très riche en vocabulaire de ses phrases à l'utilisation de quelques mots-phrases en écholalie. De la même manière, elle va entrer dans un contact physique en venant se blottir dans les bras de la psychomotricienne puis s'en dégager très rapidement et s'éloigner.

La question du handicap et de l'atteinte corporelle est très douloureuse pour Rachel, dès que le sujet est évoqué elle se ferme. A cette même époque, la petite fille allait se réfugier, prostrée, dans les toilettes de l'école dès qu'un de ses camarades, Eric, donc le handicap est très visible, s'approchait d'elle.

Elle montre que la construction de son schéma corporel est encore en développement et un peu immature par rapport à son âge. Néanmoins, la petite fille a organisé sa conscience corporelle autour d'un axe corporel qui semble fiable. Au niveau de la latéralité, il semblerait qu'elle se soit fixée à droite. La régulation tonique est de qualité et Rachel ne présente pas de difficulté dans la motricité globale malgré une hypotonie de fond. Si elle refuse de réaliser les items concernant la motricité fine elle montre tout de même avoir un graphisme correct pour son âge et se montre très minutieuse.

Rachel ne paraît pas présenter de difficultés d'organisation spatiale. Au niveau de son repérage temporel, la psychomotricienne va remarquer que la petite fille n'emploie jamais le passé. Cependant, elle arrive à construire une histoire en plusieurs étapes lorsqu'elle évoque ses dessins. Elle montre d'ailleurs posséder un grand intérêt pour la réalisation de ceux-ci. Rachel apprécie également être dans des jeux moteurs où elle réalise des expériences motrices avec un plaisir manifeste. De même dans ses jeux symboliques où la petite fille peut initier des situations plutôt bien construites pour son âge.

A partir des éléments recueillis lors de ce bilan psychomoteur, la psychomotricienne propose alors un accompagnement pour Rachel. Il aurait pour but de la soutenir dans la construction de son développement psychomoteur et notamment dans l'élaboration de la question des atteintes corporelles. Si la petite fille paraît bien construite globalement, elle montre aussi avoir des inquiétudes majeures concernant sa pathologie et des angoisses à être en relation duelle.

- La prise en charge en pataugeoire : Il faut que ça tienne !

Au départ la prise en charge en psychomotricité de Rachel ne s'effectuait pas en pataugeoire mais en salle de psychomotricité.

Celle-ci débute en avril 2011, Rachel se mobilise dans des jeux moteurs qu'elle effectue seule la plupart du temps et seulement s'ils sont initiés par l'adulte. Les séances sont toujours interrompues par les demandes de la petite fille qui souhaite aller aux toilettes. Dès que le sujet est évoqué, Rachel se ferme et ne s'exprime que par logorrhée.

La réalisation de dessins est récurrente, elle représente des personnages (elle-même ou sa maman), des maisons, des arcs-en-ciel, des cœurs. En mai, Rachel dessine un visage-cœur auquel elle ajoute un nez rouge (Annexe 1). La petite fille va alors toucher son propre nez comme si elle voulait vérifier qu'il était toujours intact. Des questions émergent alors : qu'elle perception peut-elle posséder de son propre corps ?

Les fins de séance sont toujours très difficiles pour Rachel, il faut la replacer dans un contexte temporel avec des repères qui expliquent les retrouvailles futures. Ce n'est qu'ainsi que la psychomotricienne se montre capable d'apaiser l'inquiétude de cette petite fille.

La prise en charge va se dérouler ainsi jusqu'à la fin de l'année scolaire sans que des évolutions ne soient repérables. Le passage de ce suivi dans le cadre de la pataugeoire va alors être évoqué.

En septembre 2011, Rachel, la psychomotricienne et la monitrice éducatrice vont se rencontrer afin de lui présenter la poursuite de sa prise en charge au sein de la pataugeoire de l'I.E.M. La petite fille écoute, sidérée, et paraît même inquiète face à cette nouveauté. Dans la partie humide, elle doit retirer ses appareils auditifs, sa compréhension n'est alors efficiente que si l'adulte parle suffisamment fort et qu'elle est suffisamment attentive.

Les premières séances, Rachel va utiliser beaucoup d'objets sans jamais se fixer sur un jeu. Dans ce contexte, elle a de nombreux rires de prestance et ne s'exprime que par des mots répétés en boucle. Un jeu revient souvent : la petite fille place une balle dans un seau et la fait tourner énergiquement. Sa tête bouge alors dans tous les sens et semble effectuer le même mouvement que cette balle. Son regard se fonde dans cette action et elle perd une certaine qualité de présence. Complètement absorbée dans ce mouvement elle ne semble plus avoir une seule pensée construite : elle semble fonctionner en monosensorialité.

Les seuls moments de calme émergent lorsque Rachel s'allonge dans le fond de la pataugeoire et qu'elle laisse l'eau couler le long de son corps. Les yeux dirigés vers le bas, elle paraît alors très à l'écoute des sensations perçues et semble recentrée sur elle-même.

Quasiment toutes les tentatives d'entrer en relation effectuées par les deux adultes échouent, dans ces moments elle fait beaucoup répéter, s'exprime par logorrhée uniquement ou elle se frotte énergiquement les jambes : « ça gratte ».

Durant cette période, Rachel acceptera de sortir de la pataugeoire uniquement si elle est enveloppée dans une serviette et portée dans les bras, comme protégée à la manière d'un tout petit.

A partir de novembre 2011, une stagiaire psychomotricienne intervient dans la prise en charge, elle prend une place d'observatrice et note sur un cahier tout ce qui se passe durant la séance. La tenue de ce cahier est très importante pour Rachel, elle va même jusqu'à l'associer à sa mémoire. Pendant plusieurs semaines elle va rester à distance de cette nouvelle personne, son approche va se faire par des regards, puis quelques mots lui sont adressés.

Rachel continue de porter son intérêt aux sensations vécues. Au bout d'un moment elle arrive à poser des mots sur ce qu'elle éprouve en disant « c'est bien » quand on évoque l'eau chaude. Cependant, ces moments n'arrivent que si la petite fille est sollicitée par l'adulte. Seule, elle ne va se diriger que vers les seaux ou pots présents dans la panière afin de les combler avec des balles. En insistant par sollicitations verbales, elle amorce des jeux à trois. Mais face aux adultes, Rachel semble démunie, elle ne sait pas comment gérer cette relation.

En janvier 2012, il est décidé de faire un dessin en salle de psychomotricité comme la petite fille est malade ce jour-là (Annexe 2 et 3). Sur une feuille elle représente trois personnages, deux grands et un plus petit qu'elle désigne comme étant les deux adultes et elle-même. Rachel se montre embêtée de ne pas savoir dessiner la pataugeoire et accepte alors l'aide de la psychomotricienne. Elle demande une seconde feuille pour dessiner la stagiaire psychomotricienne, la petite fille va alors pouvoir la représenter à côté d'un personnage-cœur et décide de mettre ses deux dessins à la suite pour qu'ils n'en forment qu'un. Elle passe beaucoup de temps dans le coloriage, minutieuse elle s'applique à tout remplir pour qu'il n'y ait pas de trous, et ceci notamment au niveau du tronc des personnages. Absorbée par cette tâche, qui semble lui « vider la tête », elle n'est plus présente à ce qui se déroule à cet instant.

Rachel ne peut dire que « je ne sais pas » quand on lui demande de poser quelques mots sur ses dessins ne nous donnant ainsi pas d'éléments qui pourraient nous permettre de savoir comment elle s'approprie son corps et se le représente au sein de cet espace et dans ce contexte relationnel particulier.

Nous pouvons seulement émettre l'hypothèse qu'elle se sente bien dans ce cadre puisque le personnage la représentant arbore un sourire. Mais aussi, qu'elle semble tenir au fait que les personnages soient tous ensemble.

Durant les séances suivantes, Rachel va montrer avoir un grand intérêt pour la crème présente dans la pataugeoire. Elle demande à ce qu'on lui recouvre entièrement les jambes, l'appliquant elle-même pour qu'aucune parcelle de peau ne soit oubliée. C'est comme si la crème lui servait d'enveloppe, l'hypothèse émise est qu'ainsi la petite fille peut accéder, par la répétition de cette action, à une image de son corps comme un ensemble unifié.

A la même période, le regard de Rachel semble de meilleure qualité, elle est plus présente dans la relation. Cependant, lorsque les adultes essayent d'évoquer sa pathologie, la petite fille repart dans ses jeux stéréotypés, dans des rires de prestance ou des logorrhées.

Vers le mois d'avril, elle joue à faire des tours avec des seaux et des pots. Peut-être venant vérifier ici si « ça tient ». Au même moment, Rachel semble mieux se souvenir des séances précédentes, elle ne demande plus systématiquement une vérification dans le cahier. De manière analogue, ses pensées semblent « mieux tenir » dans sa tête et elle commence à faire confiance à ses capacités mnésiques.

Le mois suivant, lors de la régulation consacrée à la pataugeoire, l'intervenante extérieure, psychomotricienne au sein d'un hôpital de jour, émet une hypothèse pour expliquer le comportement de Rachel. Elle avance l'idée que celle-ci aurait, à la suite de son intervention visant à lui retirer sa tumeur, développé le fantasme qu'il y aurait un trou dans sa tête. Ce dernier l'empêcherait de compter sur ses capacités cognitives ou mnésiques. Il ne lui permettrait pas de tenir des pensées sur le long terme, comme si elles s'évacuaient au fur et à mesure. Elle va alors proposer à la psychomotricienne et à la monitrice éducatrice de faire des liens sur les jeux de Rachel qui consistent à « remplir les trous » des seaux par des balles. De, par exemple poser des mots sur ces actes particuliers en disant « tiens on dirait que Rachel cherche à remplir le trou qu'il y a dans sa tête, mais moi je ne crois pas que ce trou existe, il me semble que ça tient bien dans ses pensées quand elle le décide ».

C'est ce qui va être fait durant les séances suivantes. La petite fille va alors faire du bruit, des répétitions de mots pour ne pas écouter les paroles des adultes. Puis cet évitement actif va céder, Rachel va sembler entendre ce qui se dit mais elle n'a pas de réaction montrant un quelconque effet de ces mots.

Sans insister, les adultes vont tout de même continuer, lorsque l'occasion se présente, de rappeler à la petite fille que ses pensées peuvent « tenir dans sa tête » si elle le souhaite. Mais aussi, que pour ça il ne faut pas qu'elle se « fonde » dans ses rires incontrôlés ou ses jeux stéréotypés.

Depuis ces événements, il semble que les jeux de Rachel soient plus recherchés, elle peut émettre l'idée de ce qu'elle veut faire si elle est sollicitée par l'adulte et que cette personne veille à ce que cette idée soit tenue. Les séquences de mots répétés en boucle sont moins fréquentes et Rachel paraît plus présente au sein de la relation.

La petite fille est très contente de retrouver la pataugeoire en septembre, elle reprend immédiatement les jeux avec la crème des mois précédents. La dynamique relationnelle retrouve assez rapidement la même qualité qu'avant les vacances d'été.

J'arrive au sein de cette prise en charge le 19 octobre 2012. On explique alors ensemble à Rachel que je vais être là comme la stagiaire précédente afin de prendre des notes sur le cahier. La petite fille se montre alors distante avec moi durant plusieurs semaines, ainsi elle montre qu'elle n'a pas automatiquement remplacé cette personne par moi et qu'il va lui falloir du temps pour appréhender cette nouvelle relation.

A cette même séance, elle va dire « il manque des tomates dans ma tête », la psychomotricienne et la monitrice éducatrice la rassurent alors sur le fait que les idées tiennent dans sa tête et que tout est bien là. Rachel ajoute alors « il y a des tomates farcies maintenant dans ma tête » et qu'elle veut les « protéger ». Nous avançons alors l'hypothèse que la petite fille commence à abandonner le fantasme du trou présent au sein de sa tête.

Le 23 novembre 2012, la monitrice éducatrice est absente, la psychomotricienne propose donc à Rachel que je prenne sa place au sein de la pataugeoire. La petite fille dit ne pas comprendre et au moment d'enlever ses appareils auditifs (c'est obligatoire pour aller dans l'eau), elle entre en opposition quelques minutes. Au sein de la pataugeoire elle va m'ignorer, ne pas répondre aux paroles que je lui adresse et elle bouche le seau lorsque je dirige le jet d'eau vers celui-ci. Elle refuse activement toute forme de relation et préfère jouer toute seule. Lorsque la psychomotricienne questionne Rachel sur son comportement, elle va mettre le seau sur sa tête et dire « parce que c'est un crocodile » : peut-être que notre récente rencontre lui semble inquiétante.

A la séance suivante, nous décidons tout de même de renouveler cette situation. Elle commence alors des jeux seule et sur les sollicitations de la psychomotricienne elle va pouvoir nous inclure : elle va alors nous donner à chacune un poupon et un petit pot. Rachel, elle, fait tourner de l'eau dans le grand seau avec un tuyau rigide : « je fais de la soupe ! ». Elle en donne à la psychomotricienne. Celle-ci va alors lui demander « est-ce qu'il en restera pour le poupon de Justine ? », la petite fille répond « oui ! » de manière énergique. Elle se dirige alors rapidement vers moi et me donne de l'eau sans me regarder ni me parler. Rachel va cependant fixer le poupon auquel je donne l'eau et sourit lorsque je dis qu'il semble l'apprécier.

Durant les séances qui suivent, nous proposons à la petite fille de désigner celles avec qui elle aimerait jouer dans la pataugeoire, je vais alors garder la place du cahier durant plusieurs semaines car Rachel ne va jamais prononcer mon prénom. Pendant ces séances, elle va porter son intérêt sur les émotions des deux adultes présentes avec elle au sein de la pataugeoire. Elle leur demande si elles sont tristes, si elles pleurent, si elles sont en colère en essayant de décrypter leurs mimiques. Un jeu à trois peut alors s'amorcer.

Le 11 janvier, nous lui proposons une nouvelle fois de me laisser intégrer l'espace de la pataugeoire avec elle, la petite fille accepte. Durant cette séance, elle ne vient me voir que si elle est sollicitée. En fin de séance, Rachel refuse de sortir de la pataugeoire je décide donc de m'allier à elle « On ne veut pas sortir ! On ne veut pas aller à l'école ! On reste ici et on joue ». Nous tournons alors en rond toutes les deux puis la petite fille repère que je la suis et reste alors sidérée. Elle va ensuite s'asseoir dans un coin de la pataugeoire sans m'adresser le moindre regard. Me sentant seule dans cette situation, je ne vais alors pas insister et nous allons sortir de la pataugeoire chacune de notre côté.

Deux séances plus tard, comme la petite fille ne peut désigner personne pour aller avec elle dans la pataugeoire, elle y entre seule et semble annuler notre présence, venant rompre la relation. La psychomotricienne mime alors la colère devant l'incapacité à être en relation avec elle et ferme les rideaux qui nous séparent de l'espace humide la laissant alors seule de l'autre côté. Rachel rit d'une manière incontrôlée et nous regarde en passant sa tête sous le rideau. La psychomotricienne va alors dire « J'en ai marre moi ! Rachel elle vide les pensées qu'il y a dans sa tête en riant ». La petite fille arrête immédiatement ses rires et va sortir les pots de la panier pour placer une balle dans chacun d'eux.

La psychomotricienne ajoute « Et puis pourquoi Justine elle peut jamais jouer avec Rachel ! Je ne comprends pas ! Elle doit se sentir toute seule et triste ! ». La petite fille arrête son jeu et va s'asseoir au milieu de la pataugeoire. En la voyant pleurer la monitrice éducatrice va la chercher et la ramène dans la partie sèche en la portant dans ses bras. Rachel va alors dire « Je manque Maman ! », une fois apaisée nous lui proposons de retourner dans la pataugeoire un moment pour jouer. Elle accepte d'y aller avec la psychomotricienne et la monitrice éducatrice, va alors s'amorcer un jeu entre elles trois.

A la fin nous demandons à la petite fille comment elle a trouvé cette séance, elle répond calmement, apaisée : « moyen », « moi j'étais moyen », « parce que j'ai pleuré ». C'est la première fois que Rachel peut évoquer ses propres émotions sans être dans le jeu. Après l'avoir rassurée nous lui demandons ce qu'elle ressentait au moment où elle était tout seule elle répond « on est seul quand on est à l'hôpital » d'une voix calme. La séance se termine ensuite sur une note plus joyeuse et la séparation se déroulera sans problème.

En mars 2013, nous allons passer une séance à parler des émotions, en effet la petite fille semble en difficulté quand il s'agit de leur donner du sens. Rachel dit ne jamais avoir peur et lorsqu'on nous essayons d'évoquer ses cauchemars, elle dit « je rêve de princesses, de châteaux, de Basile parce qu'on va se marier ». Enfin, elle dit avoir « un peu peur quand les enfants crient parce que ça soule les oreilles ». Quand on parle de la colère, elle évoque le prénom d'une aide-soignante qui doit partir dans les semaines à venir, de même pour la tristesse.

Le 05 avril, au cours d'une séance où Rachel m'assigne encore la place d'observatrice, elle se montre assez perturbée. Elle fait répéter sans cesse, initie des jeux puis les abandonne, ne répond pas aux paroles qui lui sont adressées, ... La monitrice éducatrice lui demande tout de même « pourquoi c'est si difficile de penser à Justine ? », « je ne sais pas » puis elle s'assoit – s'écroule - « oh on dirait que Rachel est tombée ! ». Cette dernière répond « tombée dans les pommes » et dit qu'elle ne sait pas si je vais toujours rester avec elles en pataugeoire. L'hypothèse proposée à la petite fille est qu'elle a peut-être peur que je parte et que c'est pour ça qu'elle refuse d'amorcer une relation qui va se terminer. Elle écoute attentivement, nos paroles quand on évoque le fait de pouvoir garder la présence de chacune et les moments vécus ensemble dans notre tête. Rachel se tourne alors vers la psychomotricienne et lui dit « alors toi au boulot, au cahier ! », « tu veux jouer avec Justine ? », « oui ! ».

J'entre alors dans la partie humide, la petite fille demande la baignoire, avec de l'eau chaude. Je lui demande comment elle se sent, elle m'ignore quelques secondes puis se retourne vers moi « t'as dit quoi ? », à partir de ce moment elle écoute attentivement mes paroles qui décrivent les parties de son corps où se trouve de la mousse. Elle me répond, échange aussi avec la monitrice éducatrice, nous parlons alors de la séparation qui va avoir lieu avec l'aide-soignante présente sur son groupe et des émotions qu'elle éprouve.

En fin de séance elle exprime son souhait de jouer avec moi et la psychomotricienne la semaine prochaine et demande à ce que ce soit écrit dans le cahier.

La semaine suivante nous ne pouvons pas aller en pataugeoire, nous proposons donc à Rachel de dessiner ce que nous aurions pu faire aujourd'hui (Annexe 4). Elle exprime ne pas savoir comment dessiner la pataugeoire mais, avec nos encouragements, elle va tout de même essayer. Avant de dessiner chaque personnage elle regarde attentivement chacune de nous et s'adresse à la monitrice éducatrice en chuchotant pour savoir de quelle couleur sont nos cheveux.

Elle commente son dessin en disant que la monitrice éducatrice est assise sur le banc et qu'elle écrit dans le cahier. La psychomotricienne et moi-même sommes dans la pataugeoire avec elle. Rachel irait « dans la baignoire avec de l'eau chaude comme la dernière fois ». Elle ajoute que le cœur c'est « l'amour, l'amour de Basile ».

- Conclusion

Au sein de la pataugeoire, Rachel a effectué de nombreuses expériences associées à la construction de son image du corps. Elle s'est rendue présente aux sensations éprouvées, a pu évoquer ses craintes concernant la consistance de ses pensées, une nouvelle relation.

Le cadre de la pataugeoire nous a permis d'aborder ces différentes questions afin que Rachel puisse accéder à une image de son corps unifiée, rassemblée et solide : qui tienne !

Le travail débuté en ce qui concerne les affects va très probablement se poursuivre un sein d'un atelier conte à la rentrée. Rachel entendra parler des émotions et pourra les mettre en scène au sein d'un groupe. Il pourra même y avoir une continuité du lien relationnel puisque l'atelier conte est encadré par la psychomotricienne. Ainsi, la petite fille pourra se construire une image du corps affectée et en relation.

CONCLUSION

Au sein de mon mémoire, j'ai choisi d'aborder et d'articuler différents thèmes, à savoir, l'image du corps, le handicap moteur, la médiation et la psychomotricité. Ce travail a donc été très intéressant pour la réflexion personnelle et pour les nombreuses questions, et réponses (parfois partielles) qu'il a pu m'apporter. Je me suis ainsi interrogée sur la manière dont les enfants de l'I.E.M. vivaient leur corps « entravé » à plusieurs niveaux, la manière dont ils le percevaient, comment ils l'investissaient en termes d'affects et d'émotions. Mais aussi quel rôle avait la psychomotricité dans ce cheminement, car il s'agit vraiment d'une construction, le corps semble avoir besoin d'être compris, investi avant d'être apprivoisé puis revendiqué. De quelle manière le psychomotricien peut aider le sujet à mettre en ordre une même entité, à savoir l'image du corps. Alors que celle-ci s'érige à partir de modalités très diverses comme les sensations, le mouvement, la pensée, l'affirmation de soi, les émotions et les relations sociales. D'autant plus que chez le sujet porteur d'un handicap moteur de nombreuses problématiques viennent mettre en difficulté la construction d'une image du corps saine, unifiée, affectée et capable d'être appropriée.

La médiation comme outil au sein d'une telle prise en charge m'a alors parue être la solution, cependant il m'a fallu comprendre par quels moyens un médiateur pouvait entrer dans le processus de soin. Appréhender la manière dont il fallait penser l'utilisation de ces techniques afin de les mettre au service de notre pratique psychomotrice et ceci dans l'intérêt du sujet. Lui, un individu ayant des désirs et des envies et qui nous présente toujours sa part vivante et dynamique même s'il vit au quotidien les difficultés résultant de son handicap.

Cela m'a permis d'avancer l'idée selon laquelle il n'y aurait pas de médiateur privilégié pour aborder l'image du corps lorsqu'on propose à un jeune sujet porteur d'un handicap moteur une prise en charge en psychomotricité.

Mais également d'aller plus loin en disant que le processus de soin d'une telle approche ne réside pas dans l'utilisation d'un médiateur. Si il possède des avantages indéniables que l'on n'hésite pas à invoquer au cours d'un suivi, il n'en reste pas moins que c'est notre pensée, notre savoir-être en tant que psychomotricien et notre façon de garantir un cadre constamment sécurisé qui va « créer du soin ». C'est aussi la manière dont on va se mettre au niveau du sujet, essayer de le comprendre, lui faire sentir qu'il est entendu, partir de ses représentations, tisser une relation de confiance qui va intervenir dans notre pratique soignante.

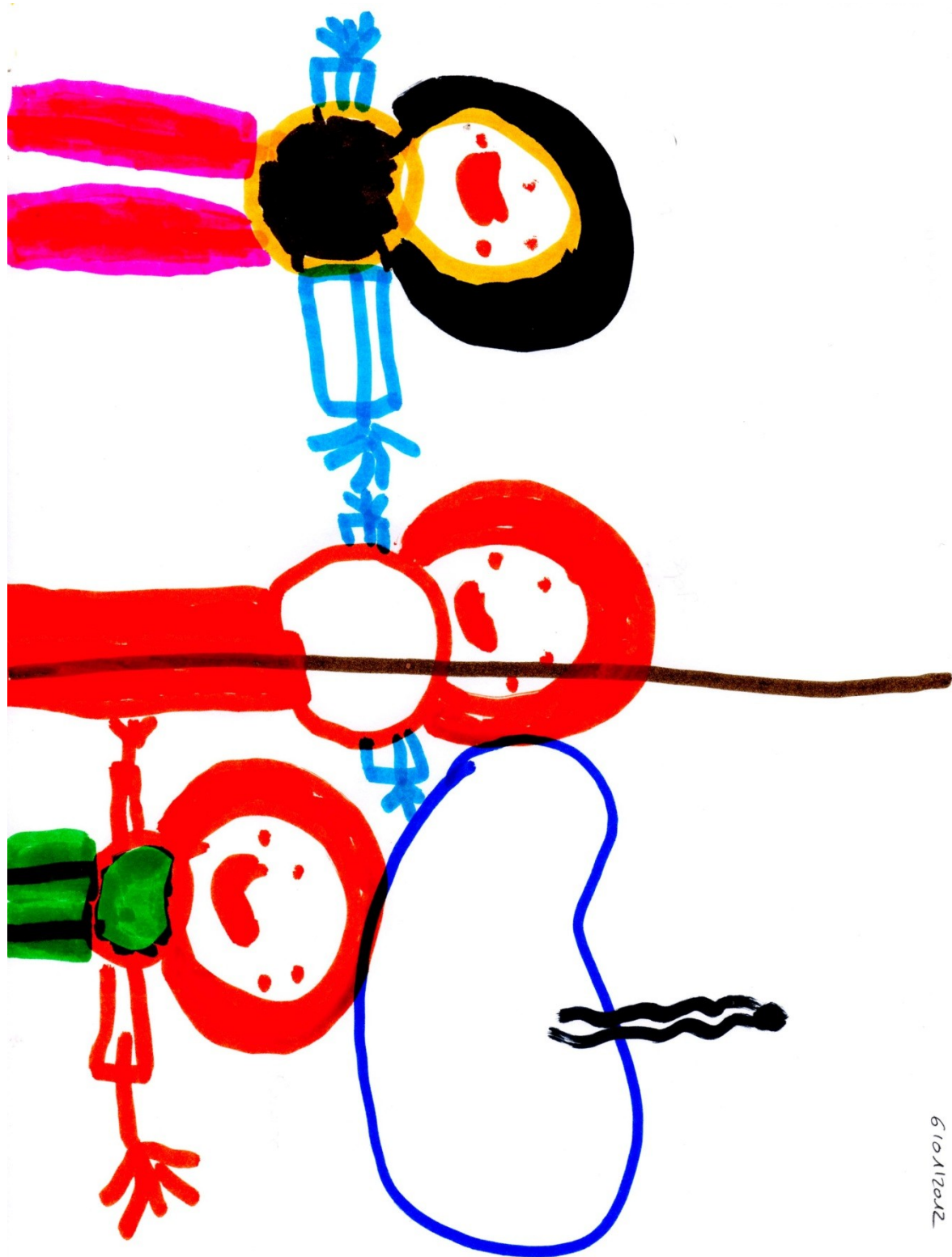
BIBLIOGRAPHIE

- AULAGNIER P., Naissance d'un corps, origine d'une histoire, Corps et Histoire, Paris Les Belles Lettres, 1985.
- DE BROCA A., Le Développement de l'Enfant : Aspects neuro-psycho-sensoriels, *Le Développement psycho-affectif et cognitif*, Paris : Masson, 2009.
- BOUTINAUD J., Editorial, Thérapie psychomotrice et recherches n°161, 2010
- BULLINGER A., Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Toulouse : Eres, 2004
- CIANI-HOLTZ et KLEIN-MELONIO M., De traces en traces, de la contenance à l'émergence de l'identité, Thérapie psychomotrice et recherches n°161, 2010
- COURBERAND D., Les groupes thérapeutiques en psychomotricité, Thérapie Psychomotrice et recherches n°163, 2010
- DEVAUX N., De la sollicitation de l'image du corps en balnéothérapie, 2012
- DOLTO F., L'image inconsciente du corps, Paris : Le Seuil, 1984
- DURAND G., L'imagination symbolique, *Introduction et Cinquième chapitre*, Paris : Quadrige P.U.F., 2008
- FERNANDEZ P., Les médiations corporelles, Les cahiers de Beaumont, Septembre 1992
- GARDOU C., Parents d'enfant handicapé. Toulouse : Eres. 2012.
- GAUDON P., L'enfant déficient moteur polyhandicapé, Paris : Solal, 2000.
- GONCALVES E., Investissement corporel et handicap moteur, Thérapie psychomotrice et recherches n°127, 2001
- JOLY F., Le médiatif comme expérience, le travail du médium comme appropriation subjective, Le journal des psychologues n°298, Juin 2012
- KAES R, Contes et divans, Paris : Dunod, 1999
- KORFF-SAUSSE S., Comment le corps vient à la pensée et comment la pensée vient au corps, Journal de Psychanalyse de l'Enfant n°20, 1997
- LAFFORGUE P., Petit Poucet deviendra grand, Bordeaux : Mollat Editeur, 1995
- LAROUSSE Médical, <http://www.larousse.fr>
- LATOUR A-M., La Patageoire : contenir et transformer les processus autistiques, Toulouse : Eres, 2007
- MOTEL-PICARD I., Quelle trace pour la sensation ? Approche sensorielle et souvenirs, Thérapie psychomotrice et recherches n°169, 2012
- NASIO J.D., Mon Corps et ses Images, Paris : Payot, 2007
- PIREYRE E.W., Clinique de l'image du corps du vécu au concept, Paris : DUNOD, 2011
- PONTON G., La réorganisation de la conscience corporelle, Thérapie psychomotrice et recherches n°169, 2012

- POTEL C., Comment renouer avec ses sensations sans en être ni débordé ni anéanti, *Thérapie psychomotrice et recherches* n°161, 2010
- POTEL C., *Le corps et l'eau*, Toulouse : Eres, 1999
- PRUVOST C., « Les contes : des histoires à dormir debout ? », 2008
- RINGLER M., *L'enfant différent : Accepter un enfant handicapé*, Paris : Dunod, 1998
- RIOU J., *La créativité dans la thérapie psychomotrice : une mise en œuvre de la sublimation par la médiation des castrations symboligènes ?* *Thérapie psychomotrice et recherches* n°141, 2005
- RODRIGUEZ M., *La créativité en psychomotricité : l'envers du décor*, *Thérapie psychomotrice et recherches* n°141, 2005
- RODRIGUEZ M. et BRUCHON CHATAGNAT M., *Postface*, *Thérapie psychomotrice et recherches* n°161, 2010
- ROITMAN M., *Tu peux réparer ?* *Thérapie psychomotrice et recherches* n°127, 2001
- ROBERT-OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, Paris : Desclée de Brouwer, 2002
- SAMI-ALI, *Corps réel et corps imaginaire, Corps et identité, Corps et parole, Corps et mouvement, Corps et narcissisme*, Paris : Dunod, 1994
- SAMI-ALI, *L'espace imaginaire, Le problème, L'espace de la perception*, Paris : Gallimard, 1974
- SCHEIN I., *La distorsion des images réfléchies : Réflexion sur les images tordues, L'espace relationnel, Souvenir et empreinte, Le corps porte-parole ou le logophore*, *Thérapie psychomotrice et recherches* n°147, 2006
- SNOEZELLEN-FRANCE, <http://www.snoezellen-france.fr>
- URWAND S., *L'eau substance corporelle des premières identifications*, *Thérapie psychomotrice et recherches* n°120, 1999
- VAN DOESBURG E. et MELLIERE M., *À partir d'une expérience clinique et pratique en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle*, *Thérapie psychomotrice et recherches* n°127, 2001
- WINNICOTT D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse, Le développement affectif primaire, Objets transitionnel et phénomènes transitionnels, La théorie de la relation parent-nourrisson*, Paris : Payot, 1992
- WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Paris : Folio Essais, 2002
- WINNICOTT D.W., *La mère suffisamment bonne*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2006

ANNEXES





2021/10/19 ②



