



HAL
open science

Se mouvoir dans la relation pour devenir soi : le mouvement comme soutien à l'individuation, son apport dans la pratique psychomotrice auprès de l'enfant polyhandicapé

Audrey Drouet

► **To cite this version:**

Audrey Drouet. Se mouvoir dans la relation pour devenir soi : le mouvement comme soutien à l'individuation, son apport dans la pratique psychomotrice auprès de l'enfant polyhandicapé. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01196173

HAL Id: dumas-01196173

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196173>

Submitted on 9 Sep 2015

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 DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Se mouvoir dans la relation pour devenir soi

Le mouvement comme soutien à l'individuation.
Son apport dans la pratique psychomotrice auprès de l'enfant polyhandicapé.

DROUET Audrey

Née le 9 mars 1993 à l'Isle d'Espagnac (16)

Directeur de mémoire : Céline CHIGNAGUET

Juin 2015

Remerciements

Je tiens à remercier très chaleureusement chacune des personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire et de ma pensée.

Céline, ma directrice de mémoire et **Audrey**, pour leur implication dans l'écriture de ce mémoire, pour leur étayage, pour m'avoir fait confiance, et pour nos riches discussions.

Nadine, **Sylvie** et **Laurence** pour leurs relectures attentives du mémoire, la pertinence de leurs propositions et leur soutien ressourçant.

Chacun de mes maitres de stage, **Valérie**, **Céline**, **Jean-Pierre**, **Séverine**, **Sylvie**, **Nadine**, **Anouk**, **Aurore**, **Clémence**, **Brigitte** pour la transmission de leur savoir-faire et de leur savoir-être, pour leur générosité, leurs conseils, pour m'avoir aidé à construire mon identité de psychomotricienne.

Chacun des patients, enfants comme adultes, sans qui tout cela n'aurait pas pu être possible, et pour la richesse clinique de nos rencontres, pour ces moments de partage d'une grande humanité.

Mes amis, mes compagnons de danse, la belle compagnie pour nos beaux moments de joie, de détente et d'amour.

Ma famille qui s'est montrée compréhensible et encourageante à chaque instant et depuis le début.

Avant-propos

Juliette, 8 ans, est atteinte du syndrome d'Angelman, pathologie génétique rare qui relève du polyhandicap. Elle a un retard global du développement avec un déficit intellectuel sévère, une absence de langage verbal et une attention réduite. Au niveau moteur, sa marche est semi-automatique, raide et saccadée, et l'équilibre est précaire.

*Juliette est une petite fille attachante, curieuse de son environnement, et qui peut aussi se montrer impulsive, agitée, avec de grandes difficultés pour rester immobile sous le regard de l'autre. Dès notre première rencontre au cours de l'atelier « corps et danse », je suis surprise de la détermination avec laquelle elle se dirige vers moi. D'emblée, elle m'enlace autour du cou, et ce à de multiples reprises, mais toujours de manière brève et abrupte. Je ressens comme un mélange entre de l'affection et de l'emprise dans son intention. Je me questionne, est-ce un moyen pour entrer en relation, pour amadouer l'autre, ou est-ce une nécessité, un besoin qu'elle éprouve ? Au cours d'un mouvement dansé, Juliette se positionne debout, ses pieds sur les miens, face au miroir, dans une **grande proximité corporelle**. Nous partageons le mouvement dans une osmose, une harmonie complète, nos deux corps semblent ne former plus qu'un. Ce moment intense, de plusieurs secondes, fait contraste avec son agitation habituelle, le temps semble ralenti, l'extérieur n'existe plus, Juliette est, l'espace d'un instant, dans l'ici et maintenant. Je me demande alors pourquoi elle a besoin d'être si proche de l'autre ? Quel sentiment cela lui procure pour qu'enfin elle s'apaise ?*

*Ce désir de contact avec l'adulte se manifeste aussi par le **regard**. Parfois, Juliette recherche le croisement de mon regard avec insistance, en se mettant très près de mon visage. J'ai alors l'impression qu'elle plonge en profondeur dans mon regard, qu'elle me fait intrusion. A ce moment-là, je ne perçois non pas une volonté d'échange relationnel avec moi en tant que personne humaine, mais plutôt un intérêt pour moi en tant qu'objet.*

*De même, elle va chercher à coller sa **bouche** grande ouverte sur mon visage, ou une autre partie du corps, en y laissant s'échapper sa salive. Son expression du visage et son air déterminé me laisse perplexe quant à l'intention d'offrir un baiser ou non. En effet, son regard fixe la cible uniquement, la bouche s'ouvre par anticipation et se précipite au contact, aucune attention n'est prêtée à ma réaction. Puis, avant notre séparation en fin d'atelier, elle saisit ma main pour l'incorporer dans sa bouche et parfois la mordre. Par ces trois canaux, la peau, le regard et la bouche, Juliette me donne l'impression que parfois, il lui est difficile de faire la différence entre son corps et le mien.*

*Ensuite, pendant le rituel de début de séance, lorsque nous demandons à chacune de rester assise, et que nous leur ôtons les chaussures, Juliette ne peut supporter de rester immobile. Ainsi, soit elle se met dans un **mouvement perpétuel** et semi-automatique, soit elle fait des balancements énergiques du haut du corps. Elle se procure des sensations kinesthésiques et vestibulaires. J'ai alors l'impression qu'il lui est difficile de sentir son corps lorsqu'il est immobile, sous le regard de l'autre.*

Sommaire

Remerciements	2
Avant-propos	3
Sommaire.....	4
Introduction	5
Chapitre 1 : Du mouvement relationnel vers une individuation	8
I. Le rôle de l'étayage relationnel dans le processus d'individuation	8
II. Le rôle du mouvement pour devenir sujet	13
Chapitre 2 : Les enfants porteurs de polyhandicap	23
I. Une présentation du polyhandicap	23
II. Une diversité de particularités	25
III. Un processus d'individuation mis à mal	29
Hypothèse de travail	43
Chapitre 3 : La pratique psychomotrice.....	44
I. Le cadre institutionnel : le Jardin d'Enfants Spécialisé	44
II. L'approche psychomotrice par le mouvement : les fondements	47
III. L'atelier « corps et danse »	50
IV. Etude de Solène.....	61
Conclusion.....	72
Références bibliographiques.....	75
Glossaire	78
Table des matières	79

Introduction

Dans le cadre de ma troisième année de formation en psychomotricité, j'effectue mon stage au sein d'un Jardin d'Enfants Spécialisé aussi appelé Institut d'Education Motrice (JES-IEM) situé dans la région bordelaise. Il accueille des enfants polyhandicapés de 0 à 10 ans. C'est une population que je ne connaissais pas et dont j'apprends énormément de jour en jour, elle est à l'origine de mes questionnements et réflexions.

Au cours de mes premiers jours de stage, plusieurs idées ont émergé de mes nombreuses observations cliniques. Différentes problématiques ont fait surface. Tout d'abord, ce qui a tout particulièrement attiré mon regard au premier contact avec ces enfants polyhandicapés, c'est leur corps, corps immobilisé, corps attaché, corps contenu, corps dépendant de l'autre et des appareillages de toutes sortes (siège moulé, matelas moulé, coques, verticalisateur). Ces images me renvoyaient à des représentations violentes. Certains de ces enfants sont d'une extrême fragilité tant sur le plan des acquisitions psychomotrices, qu'affectives, cognitives et sociales. Dès le premier jour, j'ai observé des comportements surprenants, reflétant des angoisses très archaïques. J'ai pris conscience de la complexité de leur personnalité, de leur développement, de leur pathologie. Tout semble intriqué, en interrelation, différents troubles et sur-handicaps peuvent apparaître. C'est cette complexité que je voudrais aborder dans le cadre des prises en soin en psychomotricité.

Dans les situations cliniques que j'ai vécues, j'ai été interpellée par les manières dont ces enfants entrent en relation avec leurs pairs ou les adultes, s'expriment, habitent leur corps, et vivent leurs angoisses archaïques. C'est ainsi que j'ai commencé à m'interroger sur un éventuel défaut de constitution d'enveloppe unifiée et d'unité corporelle qui ne sont pas sans conséquence sur la construction identitaire de l'enfant. En effet, j'ai pu me rendre compte d'une confusion entre soi et l'autre qui devient menaçante pour le sujet. Mes questionnements semblent alors se regrouper autour de la problématique de différenciation moi/non-moi, et donc du processus d'individuation. Par individuation, j'entends le processus qui permet de se percevoir en tant que sujet unifié et différencié d'autrui, tout en étant soi-même une personne entière, totale. Ce processus d'individuation me paraît être une problématique centrale chez l'enfant polyhandicapé. Il est à la base des relations aux autres et au monde.

A mon sens, bien qu'il s'agisse d'un terme issu d'une théorie psychanalytique, (pouvant être rattaché aux termes plus communs de subjectivation (construction du sujet) et d'identification (construction de l'identité)), nous percevons là une problématique psychomotrice. En effet, ce processus d'individuation s'inscrit dans une construction progressive, sur l'étalement du corps, lieu de la création de l'individu selon BULLINGER et LESAGE. Il nécessite l'articulation entre les différentes dimensions constitutives du sujet, ce qui va dans le sens du paradigme de non-séparabilité du corps et de la psyché défendu par la

psychomotricité. En effet, ce processus fait intervenir le corps et son investissement, le sentiment d'une sécurité de base, le relationnel, ainsi que le vécu affectif dans la perspective d'une appropriation du corps propre. A mon sens, le psychomotricien trouve une place essentielle dans l'accompagnement de ce processus. Il apporte un étayage dans la perception et la connaissance du corps propre du sujet, aide à une construction solide de son intégrité corporelle dans la perspective d'accéder à une représentation du corps qui soit alors durable et sécurisante, c'est-à-dire au « moi psychomoteur » décrit par A-M LATOUR.

C'est alors qu'émerge ma problématique : Comment évolue le processus de différenciation moi/non-moi dans le développement de l'enfant ? En quoi la spécificité de l'approche psychomotrice est intéressante pour aborder la différenciation moi/non-moi et notamment chez l'enfant polyhandicapé ? Comment le psychomotricien malgré les restrictions, handicaps de l'enfant, peut-il favoriser la construction du sujet comme différencié de l'autre ?

En tenant compte de la situation dans laquelle se trouvent ces enfants et en tant que psychomotricienne, il me semble important de favoriser la libre motricité, concept développé par Emmi PIKLER, c'est-à-dire de leur offrir un espace et un temps qui leur permet d'éprouver une liberté de mouvement, de se construire dans leurs mouvements et dans la relation. Chez les enfants polyhandicapés les plus grabataires, il n'est parfois pas possible d'accéder à cette motricité libre. La maturation neurologique, tonique et posturale étant perturbée, ces derniers ont besoin d'être tenus afin de faciliter les interactions avec les objets ou l'autre, comme le développe Albert GRENIER avec son concept de « motricité libérée ». Mais pour ce qui est des enfants que je rencontre en séance cela est non seulement possible mais est aussi, je crois, largement préconisé. Un accompagnement par le psychomotricien, dans un cadre sécurisant, contenant et stable, me semble nécessaire pour aller vers une rencontre de soi-même, de son corps, de l'autre et de l'environnement.

Ainsi, mon hypothèse est la suivante : **Dans une approche psychomotrice, le mouvement dansé, dans la relation, favoriserait l'investissement, l'appropriation et l'intégration du corps propre du sujet polyhandicapé, et par-delà, la perception de son corps comme unifié et total, différent de l'autre, en vue de son individuation.**

L'avant-propos ayant illustré une situation clinique à l'origine de mes questionnements concernant le processus de différenciation moi/non-moi, je peux développer dans une première partie comment ce processus se met en place au cours du développement psychomoteur de l'enfant. Je montrerai l'importance du milieu humain, des relations précoces mère-enfant en tant que pré-requis indispensable pour ensuite m'intéresser au rôle du mouvement dans le développement et plus particulièrement dans l'intégration du corps propre.

La deuxième partie sera entièrement consacrée au polyhandicap, à la diversité de ses particularités symptomatiques et aux perturbations concernant la constitution du moi corporel, le processus d'individuation.

Enfin, dans une partie plus clinique, je proposerai une approche de la psychomotricité à partir du mouvement dansé. D'abord, je présenterai une approche en groupe avec l'atelier intitulé « corps et danse » et ensuite une approche en individuel avec l'étude de cas de Solène. Cela m'amènera à me questionner sur la place et le rôle de la pratique psychomotrice auprès de ces enfants polyhandicapés, autour de l'approche par le mouvement, avec pour perspective de favoriser l'individuation.

Pour construire mon travail, je me suis basé sur mes observations, mes ressentis et mon approche de ces enfants, c'est pourquoi je m'appuierai tout au long de ma réflexion sur les observations et l'expérience que j'ai pu avoir auprès d'eux.

Chapitre 1 : Du mouvement relationnel vers une individuation

Comme annoncé en introduction, l'individuation peut être pensée comme le processus qui permet de se percevoir distinct et différent d'autrui, tout en étant soi-même une personne entière, unifiée et totale. Au cours de ce processus de maturation psychique, le bébé peut se dégager progressivement de la symbiose avec sa mère et aller vers une séparation. Cette construction d'une identité propre, d'un moi différencié d'autrui s'effectue progressivement au fil des expériences motrices et relationnelles. Cela nécessite d'une part des conditions neurobiologiques favorables et d'autre part un environnement physique et humain facilitant.

GOLSE insiste sur le fait que la spécificité du développement humain de la pensée tient au fait qu'il se situe à l'exact entrecroisement de l'équipement neurobiologique individuel (facteurs endogènes) et de l'impact du tissu relationnel et culturel (facteurs exogènes).

I. Le rôle de l'étayage relationnel dans le processus d'individuation

Nombreux sont les auteurs qui rappellent l'importance du milieu humain dans notre existence. Nous pensons bien sûr à AJURIAGUERRA, fondateur de la psychomotricité qui écrit : « *notre corps n'est rien sans le corps de l'autre* » ou WINNICOTT, pédiatre et psychanalyste anglais avec sa célèbre citation « *Un bébé tout seul, ça n'existe pas* ».

C'est ce dont nous allons effectivement argumenter à travers la mise en perspective de différentes théories.

A. Un « environnement suffisamment bon »

Un enfant peut se développer uniquement à condition qu'il se sente en sécurité. D'abord, l'enfant prend progressivement confiance dans la fiabilité de sa mère et, à partir de là, dans celle d'autres personnes, cela suscite chez lui un sentiment de confiance. L'acquisition de ce sentiment nécessite au préalable ce que WINNICOTT appelle « *un environnement suffisamment bon* » c'est-à-dire un environnement tant physique qu'humain qui soit « *stable, régulier et prévisible* », mais aussi « *contenant et portant* ». C'est ainsi que WINNICOTT définit les qualités de « **holding** », « **handling** » et « **object-presenting** » dans la relation mère-enfant.

Ces qualités procurent d'une part un sentiment de sécurité de base, mais aussi favorisent la constitution d'un sentiment d'enveloppe corporelle propre, les deux étant intimement liés. La notion d'enveloppe a été décrite par ANZIEU avec le concept de moi-peau, il s'agit d' « *une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques,*

à partir de son expérience de la surface du corps »¹. La peau sera perçue comme une surface, une interface par le bébé, lors des expériences de contact de son corps avec le corps de la mère. WINNICOTT dit que le premier sentiment d'enveloppe corporelle naît dans les interactions avec la mère jusqu'à ce que l'enfant face une première distinction entre un dedans et un dehors. Ce sentiment d'enveloppe est une construction mentale étayée à la fois sur l'expérience de la peau et sur l'expérience d'être contenu et compris, enveloppé et objet de sollicitude.

Le « **holding** » est la façon de porter, de maintenir l'enfant tant dans son corps que dans son psychisme. La mère le contient dans un état d'unité et de solidité qui le protège de l'environnement extérieur. Nous pouvons mettre ce concept en relation avec la fonction de maintenance du psychisme du moi-peau. A travers ce portage, l'enfant éprouve des sensations tactiles sur l'ensemble de sa surface corporelle, il a la sensation d'être tenu et contenu tout-autour. Ce contact est propice à une première intuition des limites corporelles, qui n'aboutira que plus tard à une véritable prise de conscience de son enveloppe corporelle, de son unité corporelle, ainsi que de son monde interne.

Le « **handling** » renvoie, quant à lui, aux soins et aux mobilisations de l'enfant par la mère, lui procurant des sensations tactiles, kinesthésiques, auditives, visuelles, olfactives et vestibulaires. Les bras maternant offrent à l'enfant la sensation de sa peau et d'un support externe. Cette attitude répond à la fonction contenante du moi-peau.

Enfin, le dernier acte que WINNICOTT appelle « **object-presenting** », permet à l'enfant de prendre conscience du monde extérieur, et engage son individuation. La mère présente à l'enfant les objets qui l'entourent, ainsi que son propre corps dont il n'a pas encore conscience. Elle joue avec, en amenant ses parties du corps dans son champ de vision, c'est-à-dire en l'investissant. Nous pouvons dire que l'enfant investit d'abord l'investissement dont il est l'objet, à partir de ces différents actes apportés par la mère, avant de s'investir lui-même.

L'adaptation de la mère aux besoins du petit enfant, quand la mère est suffisamment bonne, donne à celui-ci l'illusion de toute-puissance². Les réalités interne et externe ne sont pas encore clairement distinctes pour l'enfant et cela autorise la création d'un « **objet transitionnel** ». Celui-ci signe l'entrée dans l'aire de l'illusion, qui n'appartient ni au moi ni au non-moi, appelée « **l'aire transitionnelle** » ou « **l'espace potentiel** ». Ce concept d'« objet transitionnel » développé par WINNICOTT est tout aussi important dans le processus d'individuation, de séparation. L'enfant recourt à cet objet principalement en l'absence de sa mère pour se sécuriser, ce qui lui permet de vivre des situations satisfaisantes de rapprochement et de distanciation, de fusion, de « défusion » et de « refusion ».

¹ ANZIEU D., *Le moi-peau*, édition Dunod, 1995, p.61

² WINNICOTT D., *Jeu et réalité*, Gallimard, folio essais, 1975, p.45

B. Le détour par l'autre pour une mise en sens des sensations

Lors des premiers mois, le petit enfant exprime ses états, ses sensations uniquement à partir du corps (réactions toniques, motrices, posturales, cris...). Ainsi, les différents actes de la mère décrits par WINNICOTT, et le « **dialogue tonique** » qu'illustre AJURIAGUERRA sont des canaux privilégiés dans la communication.

Le « **dialogue tonique** » est ce par quoi l'enfant et l'adulte partagent leurs modulations toniques vécues. Il offre non seulement un sentiment d'enveloppe corporelle et donc une « **première distinction sensorielle dedans/dehors** » nécessaire au processus de différenciation et de structuration en tant que sujet, mais aussi il est ce par quoi la mère met du sens sur les états de son enfant.

L'enfant fait l'expérience d'une première enveloppe psychique grâce à la fonction tonique de contenance tant du corps que du psychisme. C'est pourquoi S. ROBERT-OUVRAY parle d'enveloppe tonique. L'enveloppe tonique rassemble les différentes parties du corps entre elles, et dans un détour par l'autre s'effectue la synthèse des différentes parties du moi.

Les émotions vécues par le bébé et qui s'expriment au niveau corporel, BION les appelle les « **éléments β** », ils n'ont pas, par eux-mêmes, la capacité de se lier entre eux. Ces éléments sont encore sans significations, impensables pour le bébé. Alors il les projette dans le psychisme de sa mère, qui va les capter et les retranscrire sous forme « **d'éléments α** », plus acceptables et assimilables pour son enfant. C'est ce que BION appelle la « **fonction α** » ou « **capacité de rêverie** » de la mère. Celle-ci va répondre par des attitudes de consolation, d'apaisement, via le dialogue tonico-émotionnel, ce que G. HAAG appelle des « **boucles de retour** ». La mère va penser pour son bébé et mettre des mots sur ses ressentis. Elle prête son psychisme à son enfant, et l'aide ainsi à former son propre psychisme, pour qu'il puisse ensuite surmonter seul ses expériences angoissantes. La « fonction α » est peu à peu intériorisée par l'enfant. Il devient alors capable de traiter lui-même ses propres expériences pour les transformer en pensées grâce à un « **appareil à penser les pensées** »³. L'ensemble des réponses apporté par la mère participe à la formation d'une enveloppe, d'un tout autour contenant. Nous pouvons dire que le bébé apprend de son corps grâce à un autre qui le lui raconte, de façon très intuitive et naturelle, qui l'investit et met du sens.

Toujours dans la perspective de procurer à l'enfant une enveloppe corporelle et psychique unifiante et un sentiment de sécurité de base, dans son processus d'individuation, nous nous intéressons à présent à l'importance du regard de l'entourage envers l'enfant.

³ HOUZEL D., *Le concept d'enveloppe psychique*, 2^{ème} éd., Paris, édition In Press, 2010, p.71

C. Le regard comme envisagement de l'autre et première distance

Le regard me semble important à prendre en compte dans le processus d'individuation du sujet. Par regard, j'entends le « regard-psyché-attention »⁴. En effet, par « **l'interpénétration des regards** » entre la mère et l'enfant associé au contact du dos par la mère, G. HAAG explique que l'enfant constitue son premier sentiment d'enveloppe, dès le deuxième mois de la vie. Ainsi, d'une part, il facilite l'introjection du sentiment de sécurité et, d'autre part, le regard de la mère apporte, en premier à l'enfant, le sentiment d'exister, d'être réel. BION parle d'un « **envisagement mutuel qui s'élabore** ». Nous pouvons dire que l'enfant se sent d'abord exister et reconnu dans le regard de l'autre. C'est ce que WINNICOTT appelle « **la fonction miroir du visage de la mère** ». Cette fonction participe à l'édification du moi comme autre entier et unifié. Le visage de la mère, tout comme les réactions de l'entourage, fournissent le premier miroir à l'enfant. La mère regarde son bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. Ainsi ce que le bébé voit dans le visage de sa mère, c'est lui-même. Par extension, le stade du miroir décrit par WALLON puis LACAN est considéré comme fondateur de la construction du Je, du sujet. Dans ce miroir, l'enfant perçoit son image du corps* unie, reliée et différente du corps de l'autre à ses côtés.

Le regard entre le parent et l'enfant peut aussi être entendu comme un espace transitionnel winnicottien. En effet, il peut être une étape de distanciation. Bien que le parent soit physiquement à distance de l'enfant, par le regard, il continu d'être proche, il offre du soutien et accompagne l'enfant d'une autre manière. G. LAVALLEE, psychanalyste, attribue au regard la fonction « **d'enveloppe visuelle** ».

Nous pouvons rajouter que l'enfant se construit en identification à ses parents, cela est notamment permis par l'existence des neurones miroirs. On parle d'identification primaire. La mère a le rôle de miroir, de support identificatoire, avant même que la différenciation du moi et du non-moi ne soit solidement établie. Les imitations jouent un rôle dans la construction de la représentation de soi. Ce que voit l'enfant « *induit une résonance de sa propre motricité dans le rapport à l'autre. En même temps que je fais, je vois ce que je fais. [...] Ce que je fais existe puisque je vois l'autre le faire.* »⁵. L'imitation des faits, gestes, paroles constitue une référence de base pour la pensée, l'identité, les modèles de comportement et de conduite à tenir.

⁴ Terme employé par G. HAAG au cours d'une conférence à Bordeaux en 2000.

⁵ NADEL J., citée par LE RUN J-L, *Intersubjectivité et empathie : les miroirs, la musique et la danse, Enfances & Psy*, 2014/1 n° 62, p.16-28.

D. De la symbiose à la différenciation

La relation entre la mère et l'enfant se modifie au cours du développement de l'enfant que WINNICOTT distingue en trois phases : une phase de «**dépendance absolue**», une phase de «**dépendance relative**», et enfin «**l'indépendance**».

La phase de «**dépendance absolue**» correspond aux cinq premiers mois. À ce stade, la mère est dans un état d'hypersensibilité aux besoins de son bébé auxquels elle répond de la manière qui lui semble la plus adaptée, tandis que celui-ci n'en a pas encore conscience. WINNICOTT qualifie cet état de «**préoccupation maternelle primaire** ». C'est l'indifférenciation, aussi appelée la fusion ou la «**dépendance symbiotique mutuelle** », c'est-à-dire qu'il y a fantasme de peau commune entre la mère et l'enfant. Cela correspond à la phase dite du corps morcelé. Puis, la maturation psychomotrice du bébé permet une désadaptation progressive de l'entourage. Le petit enfant se désillusionne et les premières différenciations moi, non-moi s'établissent. Il va peu à peu trouver son indépendance.

La phase de «**dépendance relative**» s'étend du sixième mois à la fin de la première année. La réponse aux besoins par la mère devient consciente pour le petit enfant, ce sont les «**débuts d'une compréhension intellectuelle** ». La mère s'offre à l'enfant comme séparable et malléable au travers d'expériences de fusion et de défusion. Sa désadaptation progressive permet à l'enfant de développer ses propres ressources psychiques. En effet, «*pour penser, élaborer, s'identifier, il faut qu'un écart soit créé entre soi et l'autre.* »⁶. L'enfant crée une continuité représentative mentale en l'absence d'un corps à corps. L'enfant va progressivement pouvoir se différencier de sa mère, «*une fois que l'extérieur signifie «non-moi (non-je), l'intérieur signifie «moi»*»⁷. A travers toutes les expériences que l'enfant fait de son propre corps (que nous développerons ci-après) et grâce aux qualités relationnelles de la mère, il se constitue le «**self** ». En effet la mère renforce le moi de son enfant, qui progressivement devient «**self** » lorsqu'il est unifié et différencié. Du «**self** » découle le sentiment d'une existence individuelle autonome.

De ces deux phases, peut découler la phase de «**l'indépendance** ». L'enfant appréhende progressivement le monde, l'investit de façon personnelle.

Ainsi, ces trois phases rendent compte d'un processus de séparation mère-enfant, dans lequel l'enfant apprend à reconnaître ses propres limites, et en même temps, à reconnaître l'autre dans son altérité. «*C'est le moment de la séparation moi, non-moi* » selon BERGER. L'enfant s'approprie ce qui est de la limite, de la frontière entre soi et l'autre, tracée

⁶ ROBERT-OUVREY S., *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, 2ème édition, Desclée de Brouwer, 2004, p.148

⁷ WINNICOTT D., *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, Éd Payot, édition française, 1970, p.48

par la peau et éprouvée dans le dialogue tonique. L'enfant développe un vécu profond qui lui fait ressentir que soi et l'autre, cela fait deux, c'est ce que GOLSE nomme « **l'intersubjectivité** ». Ainsi, nous pouvons parler « **d'altérité essentielle** » dans l'instauration de la limite entre soi et autrui, de la différenciation entre soi et l'autre, pour la constitution d'une identité propre.

A travers les notions de ces différents auteurs, nous avons vu que la perception du corps de l'enfant se développe progressivement à partir de toutes les interactions corporelles avec l'entourage. L'environnement permet à l'enfant de se sentir rassemblé, unifié et lui procure un « **sentiment continu d'exister** », une sécurité de base, une première forme d'enveloppe. A partir de ces sentiments intériorisés, l'enfant peut intégrer et différencier ce qui est de son monde interne du monde externe. Par-delà, l'enfant peut commencer à exister même en l'absence d'autrui. Il peut alors partir à l'exploration de son environnement et de soi-même. Le détachement, l'individuation et la prise d'autonomie deviennent envisageables.

Donc, l'enfant s'appuie sur cet étayage relationnel pour faire des expériences de son corps au niveau moteur, affectif et cognitif, pour s'approprier son corps propre, pour se construire sur le plan corporel et psychique. C'est ce que signifie B. GOLSE, par le « **double ancrage corporel et interactif** ». A présent, nous allons nous intéresser au mouvement et son rôle dans l'investissement et l'intégration du corps propre par l'enfant, pour devenir sujet différencié de l'autre.

II. Le rôle du mouvement pour devenir sujet

« Rien n'est dans la pensée qui ne fut d'abord dans les sens », disait le philosophe J. LOCKE.

A. COEMAN va aussi en ce sens en écrivant « *en se mouvant, ce n'est pas seulement des sensations qu'on a mais c'est soi-même.* »⁸. C'est ce que je vais essayer de rendre compte en filigrane de cette partie : Comment et en quoi le mouvement participe au processus d'individuation, à la constitution d'un soi ?

Le mouvement peut être défini comme la modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture du corps, soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace. « *Il est plus ou moins finalisé, plus ou*

⁸ COEMAN A. et RAULIER H DE FRAHAN M., *De la naissance à la marche, Les Etapes du Développement Psychomoteur de l'Enfant*, 2004.

moins volontaire ou réflexe, plus ou moins conscient... ».⁹ Dans un premier temps, nous allons nous intéresser au mouvement réflexe pour rendre compte de ses fonctions dès la naissance. Ensuite, nous étudierons le mouvement en tant qu' « organe de perception » de soi-même et de l'environnement. Et enfin, nous développerons les grandes structures de mouvements, ou schèmes, par lesquels l'enfant explore, apprend à découvrir et intégrer son corps comme unifié.

A. Du mouvement réflexe vers un mouvement volontaire et organisé

Les acquisitions motrices, les différents niveaux d'évolution motrice (NEM), la qualité et la disponibilité du mouvement dépendent du développement des structures anatomiques, en particulier de la myélinisation progressive du système nerveux et de la maturation du tonus. C'est pourquoi, nous disons que le développement psychomoteur s'effectue selon la loi de maturation progressive. Il s'effectue dans le sens céphalo-caudal (de la tête vers les pieds) et proximo-distal (des épaules à la pince pouce-index ; des hanches aux orteils). A la naissance, nous pouvons parler d'une bipolarité tonique entre l'hypertonie des membres et l'hypotonie des muscles de la colonne vertébrale, puis progressivement le tonus s'harmonise. L'hyperflexion des membres diminue et la tenue de la tête devient possible pour ensuite se répandre à la tenue du dos. Le tonus peut être défini comme un état de tension permanente et involontaire des tissus musculaires. Il assure la préparation et l'harmonie d'un mouvement ainsi que le maintien de la posture. B. LESAGE le définit comme « **la toile de fond du mouvement** »¹⁰.

La régulation du tonus dépend elle-même de quatre facteurs d'après BULLINGER : la vigilance (alternance veille/sommeil) qui donne deux qualités au tonus, l'hypotonie et l'hypertonie ; les flux sensoriels* ; le dialogue tonique et enfin les représentations qui permettent une anticipation, une préparation tonico-posturale à l'effet d'une action sur le milieu. Le tonus musculaire et les mouvements sont « mal régulés » jusqu'à 7 ans, cela se manifeste par les paratonies*, les syncinésies* et les dystonies*¹¹. L'ensemble de ces troubles toniques est considéré comme normal à cette période de l'enfance puisque la maturation neurologique n'a pas abouti et la motricité est en cours de stabilisation.

A la naissance, le contrôle de la motricité est exercé en sous-cortical, les mouvements sont réflexes et automatiques. WALLON parle alors de stade impulsif dans lequel les gestes ne sont ni orientés, ni coordonnés. Les mouvements spontanés sont définis comme autonomes, non contrôlables, sans but, ni signification apparente. Dès la naissance, l'enfant possède une gamme importante de mimiques, de gestes expressifs et de réflexes qui mettent en évidence

⁹ SERVANT-LAVAL Agnès, *Anatomie fonctionnelle*.

¹⁰ LESAGE B, *Abord des personnes polyhandicapées*, Les cahiers de l'Actif n°286/287, 2000

¹¹ Le signe * signifie que la définition est donnée à la fin du mémoire dans le glossaire.

la richesse du programme neuromoteur. GIBELLO¹² considère les réflexes innés (respiration, succion, grasping...) et tonicoposturaux (position antigravitaire, orientation spatiale) comme un « stock moteur » disponible pour appréhender le monde selon trois modalités : narcissique (exploration de soi-même), cognitive (exploration des objets physiques) et fantasmatique (exploration de l'altérité). Par exemple, le grasping est une conduite future de la préhension et donc de l'exploration des objets physiques. Et le réflexe tonique asymétrique du cou, aussi appelé le réflexe de l'escrimeur développé par BULLINGER, est aux prémices des mouvements de torsion, de rotation, de retournement et donc de l'exploration de soi-même. Ainsi les réflexes peuvent être considérés comme des « pré-formes »¹³ des conduites volontaires, de la motricité fonctionnelle à venir. Certaines réponses motrices perdent leur caractère automatique et dans le même temps les réactions motrices, posturales et locomotrices volontaires se développent et semblent prendre le relais.

Nous venons de voir, d'un point de vue neurologique, comment le mouvement automatique et réflexe se construit en un mouvement plus organisé et volontaire. Mais cela ne suffit pas pour que l'enfant se sente existé en tant que sujet unifié et différent de l'autre. Il est nécessaire que l'enfant accède aussi à une motricité investie et intégrée. A partir de cette intrication entre l'investissement relationnel et l'équipement neurobiologique de base, comment l'enfant s'investit lui-même, explore ses fonctions corporelles, comment il construit son moi-corporel et entre dans le processus d'individuation ? Il est alors question du passage d'un corps équipé et fonctionnel, subi et vécu à un corps investi, connu et maîtrisé.

B. Le mouvement, un « organe de perception »

Le mouvement peut être considéré comme un « **organe de perception** »¹⁴ de soi et de l'autre, de l'espace et du temps. En ce sens, pouvons-nous dire que le mouvement favorise l'intégration du corps propre, son appropriation et par-delà, son individuation ? Nous allons tenter d'apporter des éléments argumentant en ce sens.

1. Se percevoir soi pour percevoir l'autre

Dès les premiers moments de vie de l'enfant, toutes les stimulations sensori-motrices qu'il se procure par sa propre activité (d'abord réflexe puis ensuite volontaire), ses explorations psychomotrices lui donnent des informations proprioceptives, labyrinthiques, tactiles, et visuelles qui vont lui permettre de constituer son schéma corporel*, d'éprouver un sentiment de cohésion rassurant et des limites corporelles fiables.

¹² VANDEVOORDE, *Rôle des représentations d'action et du système moteur dans la construction du soi : synthèse et perspectives*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 59, 2011 p.456.

¹³ Terme utilisé par A-M LATOUR

¹⁴ Terme utilisé par A. SERVANT-LAVAL

Le sens de la proprioception me semble particulièrement important à développer dans ce processus d'individuation. En effet, il est ce par quoi le sujet prend conscience de la disposition de ses différentes parties corporelles, les unes par rapport aux autres, c'est-à-dire qu'il permet la conscience de son schéma corporel. Ce sens fait le lien entre chacune d'elles et lui offre alors un sentiment d'unité corporelle à partir duquel il peut agir sur l'environnement. Il englobe la somesthésie (perceptions de posture) et la kinesthésie (perceptions du mouvement).

O. SACKS, neurologue, va plus loin sur le rôle de ce sens proprioceptif. Selon lui, "*privés de proprioception, nous sommes dépourvus des attaches fondamentales de l'identité, nous sommes dépourvus du début et de la base de toute connaissance et de toute certitude*". La proprioception est donc constitutive de notre identité. Si nous n'avions pas de conscience de notre intérieur, nous ne pourrions pas prêter un intérieur aux autres et au monde. Elle est donc nécessaire pour que le sujet adopte un sens de soi et un sens de l'autre.

C'est pourquoi, LESAGE évoque l'importance du « **nourrissage proprioceptif** » pour une appropriation de celui-ci, il appelle cela l'« **appropriation** ».

De plus, ce sens est nécessaire pour soutenir les régulations toniques et donc pour complexifier, organiser et enrichir le mouvement. Dans une dynamique interactive, en quoi le mouvement permet-il l'enrichissement de ce sens de la proprioception, la perception d'une unité et d'une intégrité corporelle, et ainsi l'édification d'une identité ?

Le mouvement, en provoquant des sensations d'étirement des zones de la peau, des tensions musculaires, fait intervenir le sens proprioceptif. Effectivement, pour BULLINGER la proprioception est une rencontre entre la sensibilité profonde du corps, le mouvement et les impressions sensorielles qui en résultent. Ainsi, les sensations intéroceptives, le mouvement et les sensations induites participent à la formation de la proprioception, de la perception du corps propre.

Pour HAAG, le mouvement est aussi un moyen pour l'enfant d'investir ses différentes articulations, de faire l'expérience que ses segments sont bien attachés entre eux. Cela est important pour qu'il constitue un sentiment d'unité et d'intégrité corporelle, un sentiment d'un corps résistant et constant. Dans le même sens, WINNICOTT écrit que dans un contexte relationnel sécuritaire, « *l'enfant a besoin d'expériences du corps et d'éprouvés qui partent de son corps pour se construire un psychisme à lui* ». Ces expériences motrices, à partir desquelles il investit et ressent son propre corps, notamment grâce à la proprioception, enrichissent la construction d'une conscience corporelle, permettent de se « sentir être ».

De plus, le mouvement, ou plus globalement les expériences motrices participent à la constitution d'un sentiment d'enveloppe corporelle. Cela passe par les différentes stimulations sensorielles que subit la peau, et plus particulièrement les étirements des mouvements. La peau est le siège des sensations proprioceptives, et est un des organes

régulateurs du tonus. Le bébé fait l'expérience d'une variation tonique, ce qui participe à la formation d'une « **enveloppe tonique** », ou d'une « **plateforme sensori-tonique** »¹⁵.

Ainsi, le bébé, par le mouvement et ses sensations fait l'expérience des limites entre le dehors et le dedans, entre le moi et l'autre, entre l'avant et l'après. Or, comme le souligne FEDERN, la limite est « *la condition qui permet à l'appareil psychique d'établir des différenciations à l'intérieur de lui-même, ainsi qu'entre ce qui est psychique et ce qui ne l'est pas, entre ce qui relève du soi et ce qui provient des autres* ». De même, PIREYRE¹⁶ écrit que l'enfant accède à la subjectivité en s'appropriant ce qui est de la limite, de la frontière entre soi et l'autre.

Comme nous venons de le voir, en conférant un sens de soi, une conscience corporelle, une unification du corps propre, un sentiment d'enveloppe corporelle, le mouvement, à travers les sens mis en jeu, participe au processus d'individuation du sujet, il procure à chacun le sentiment d'être unique, total et différent de l'autre. Cette construction s'effectue dans une dynamique, de manière évolutive et progressive

2. Percevoir l'environnement

L'individuation requiert de se sentir dans un environnement stable, cohérent et sécurisant. En plus de la nécessité d'un environnement suffisamment bon, le sujet doit aussi, à l'intérieur de celui-ci, se construire des repères corporels, pour ensuite se repérer dans son environnement, il s'agit notamment des repères spatio-temporels et des invariants.

Pour cela, l'enfant effectue des mouvements, des déplacements en action sur son environnement à partir de son corps propre. Il effectue donc des « allers-retours » permanents entre son corps propre et l'espace que BULLINGER nomme des « **boucles cognitives** ». Le schéma corporel et la construction spatiale de l'environnement s'enrichissent simultanément de manière interactive, à partir de la mobilisation active du sujet.

Cela amène LESAGE à considérer le parcours de l'individuation comme une opération de spatialisation et de temporalisation. Le mouvement participe à cela, d'une part, en permettant l'intégration du schéma corporel, référentiel de base pour se positionner dans l'espace, et d'autre part, « *en se développant dans l'espace, le geste déploie la spatialité et l'assume. En se déroulant, il crée le temps.* »¹⁷.

Cela signifie que l'enfant s'inscrit dans l'espace à partir de l'espace de son corps, et dans le temps à partir de l'intégration de son corps dans une continuité et une rythmicité ressenties. Sa construction corporelle reflète sa manière d'être au monde et à l'autre.

¹⁵ Terme de BULLINGER

¹⁶ PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps, Du vécu au concept*, édition Dunod, 2011, p.63

¹⁷ LESAGE B., *La danse dans le processus thérapeutique*, édition érès, 2006, p.30.

Autrement dit, « *l'activité motrice est à la base du travail d'appropriation de soi et de construction du monde* ».

Ainsi, comme le souligne MERLEAU-PONTY, phénoménologue « *l'expérience motrice de notre corps n'est pas un cas particulier de connaissance ; elle nous fournit une manière d'accéder au monde et à l'objet* »¹⁸.

C. La construction de l'axe corporel

La notion d'axe corporel est intimement liée au processus d'individuation. L'axe corporel se construit au cours des explorations de différents mouvements qui permettent à l'enfant de rassembler, d'unifier et de coordonner ses différents espaces corporels entre eux. Et dans le même temps, S. ROBERT-OUVRAY écrit que les différentes parties du moi se rassemblent, ce qui forme alors une « **première unité psychique** ». C'est ce qui l'amène à parler de « **schèmes de base** » et non de simple mouvement. Il s'agit du mouvement d'enroulement fondamental, des mouvements d'axialité et des coordinations motrices. Ils font intervenir autant la dimension psychique que motrice. Il y a donc selon elle, un lien entre la coordination des schèmes de base entre eux pour former une unité motrice et le rassemblement des différentes parties du moi en une « première unité psychique »¹⁹.

L'intégration du corps propre comme unifié est donc nécessaire pour que le sujet développe de manière concomitante le « **sens de soi** », son organisation psychique, son identité, et puisse se différencier de son entourage.

Pour le bébé, le corps n'est pas une donnée en soi, il faut tout un apprentissage pour qu'il en fasse un espace à lui. Cet apprentissage va se centrer sur la période sensorimotrice, par la mise en mouvement du corps, comme dans la libre motricité, telle qu'Emmi PIKLER en parle. L'enfant va découvrir ses différents espaces corporels, d'abord sur un vécu morcelé, puis il les investit jusqu'à pouvoir progressivement les coordonner, les mettre en lien, les articuler entre eux. Cela s'effectue dans le sens céphalo-caudal, tout comme la maturation neurologique.

En quoi le mouvement participe au processus d'unification et d'individuation du sujet ? Pour y répondre, je mettrai en lien la théorie de S. ROBERT-OUVRAY avec les schèmes de base, et les observations de G. HAAG avec la notion de moi-corporel. Nous allons définir quatre grandes structures de mouvement que nous pouvons appeler schèmes en ce sens qu'il s'agit de « structure d'ensemble d'un processus ».

¹⁸ LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, édition érès, 2012, p.212

¹⁹ ROBERT-OUVRAY S. *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, Desclée de Brouwer, 2004, p.47 et p.52

▪ Les mouvements d'enroulement et d'extension

Le mouvement qui prédomine chez le bébé est celui d'enroulement, et ce dès la vie foetale. En effet, son hypotonie axiale et son hypertonie des membres induisent ce mouvement de rassemblement de la périphérie en son centre. Les extrémités du corps sont alors rassemblées vers la bouche, les premières coordinations main-bouche, main-œil apparaissent, une connexion entre le crâne et le bassin s'établit.

S. ROBERT-OUVRAY considère ce mouvement d'enroulement comme fondamental, en ce sens qu'il donne accès à une certaine conscience de soi. En effet, le bébé vit « *le plaisir d'un premier soi psychomoteur unifié* »²⁰. Pour LESAGE, l'enroulement global offre la « *possibilité de se recentrer, se ressourcer, se rassembler* » et permet d'« *apprendre à gérer ses modulations toniques liées à ses états physiques et ses émotions* ».

De plus, par la répétition, ce schème d'enroulement devient à la base d'une « **préoccupation fondamentale de soi** » et l'ébauche d'une « **base narcissique essentielle** » comme le souligne S. ROBERT-OUVRAY. Ainsi, l'enroulement permet à l'enfant de « *construire les bases d'une identité sécurisante* ».

Ce mouvement d'enroulement s'accompagne du mouvement d'extension. Le mouvement d'extension du buste est d'abord une expression de sa tension interne, le bébé exprime son inconfort dans une hyperextension. Peu à peu, il va vers une ouverture du buste et un redressement dans son éveil au monde qui l'entoure, son regard s'horizontalise. L'extension est à différencier du redressement. L'extension ne sous-tend pas, à elle seule, la posture verticale, c'est l'équilibration tonique entre la flexion et l'extension qui permet alors d'obtenir le redressement. C'est d'ailleurs une étape que BULLINGER nomme « la maîtrise du buste ».

Par cette dualité tonique éprouvée au niveau de l'axe (entre le mou et le dur), le bébé commence à éprouver l'axialité.

Dans le même temps, l'enfant effectue des mouvements de torsion tout aussi importants dans la constitution de l'axe corporel.

²⁰ ROBERT-OUVREY S., *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, Desclée de Brouwer, 2004, P.47

- **Les mouvements spiralés, de torsion**

Dans le corps humain, le mouvement « organique » qui respecte au mieux la physiologie s'inscrit dans une trajectoire en courbe. En effet, autant les os (humérus, fémur...) que les muscles s'inscrivent dans une torsion. Puis dans l'éprouvé du bébé, les prémices des mouvements de torsion, de rotation apparaissent dans le réflexe tonique asymétrique du cou aussi appelé le « réflexe de l'escrimeur ».

La première mobilisation volontaire engageant la totalité du corps du bébé est le retournement au sol. Le retournement permet l'unification de la droite et de la gauche. Il est initié par l'orientation de la tête, et du bras controlatéral qui cherche à saisir quelque chose dans l'environnement.

D'après G. PONTON, « *Les mouvements spiralés impliqués dans le retournement couché ou debout participent à la construction des coordinations des quatre membres dans le ramper et le quatre pattes et donnent aussi une tridimensionnalité à la perception de l'espace combinant les trois directions fondamentales du mouvement.* »²¹

Par ce mouvement spiralé permis par la rotation, l'enfant s'oriente vers l'extérieur, le dehors. Il entre en relation avec l'autre, l'environnement, dans une intention, il part à la découverte de l'environnement. Ses explorations vont pouvoir s'étendre, et les coordinations devenir plus riches et variées.

- **Articulations des deux hémicorps et formation d'un sentiment d'axe**

L'hypothèse émise par G. HAAG est que le tout-petit vit les espaces droit et gauche de son corps comme disjoints. Elle parle d'un clivage selon un axe vertical. Le côté dominant est dans une identification adhésive à la fonction maternante, au portage et le côté non dominant est identifié au bébé lui-même. Il y a donc un côté maman et un côté bébé. Cela se traduit par un besoin de se coller ou de s'accrocher à l'autre du côté dominant de l'enfant.

Les jeux d'interactions entre les mains, le passage d'un objet d'une main à l'autre, les coordinations bi-manuelles et les mouvements de rotations, participent à réunir les espaces gauche et droit autour de l'axe et donc participent à la formation d'un sentiment d'axe corporel. Le bébé s'approprie progressivement les deux parties de son corps, les membres et son tronc comme un tout relié, attaché en un axe.

Parallèlement, en intégrant le côté de la mère, le bébé intègre la fonction maternelle. Et ainsi, croiser les deux côtés permet d'incorporer la relation entre soi et l'autre. Cette incorporation de la fonction maternelle et la formation de l'axe corporel sont nécessaires pour

²¹ PONTON G, *Construction du sentiment de sécurité par la verticalité*, p.2.

permettre la séparation et l'individuation du sujet. La prochaine étape consiste en l'intégration du bas du corps.

- **La verticalisation, l'affirmation de soi**

Le redressement vertical se termine par l'investissement du bas du corps. Selon G. HAAG²², l'intégration des membres inférieurs commence à partir de 5 mois. Cela s'observe chez le bébé d'abord lorsqu'il attrape ses pieds, mobilise ses jambes, puis dans les mouvements de repoussé, de pédalage. Petit à petit, il investit ses jambes dans leur fonction exploratoire et de portage. Il prend alors conscience du bas du corps. Puis, par l'investissement du bassin, l'enfant apprend à coordonner et dissocier le haut et le bas du corps. Le clivage horizontal se réduit de plus en plus. On peut dire qu'il accède au bout de lui-même et à la jouissance de sa globalité.

De là, vont découler des acquisitions motrices comme le ramper, puis progressivement, l'enfant peut prendre appui dans son propre corps pour se redresser, « s'ériger face à autrui » en tant qu'individu. C'est le moment où l'enfant se tient lui-même. L'enfant a les capacités de se séparer, de créer une distance avec le corps maternel et d'y revenir, il est sur le chemin de l'individuation. C'est un début de vie psychique différenciée. En édifiant son axe, l'enfant s'ouvre au monde. Le redressement serait une phase de construction de l'identité. On peut dire qu'à l'érection de la colonne vertébrale, correspond une érection psychique.

Cette étape aboutie par l'acquisition de la marche, la verticalité à proprement parlé.

Pour conclure, cette citation de AJURIAGUERRA semble opportune « *Les trois processus que sont la structure motrice, la tonicité et la proprioceptivité sont de la première importance pour avoir un premier sentiment de soi, car ils perdurent toute la vie comme soubassement de notre organisation corporelle, soutien de notre psychisme. Ils sont à la base du sentiment de vivre et de la conscience de soi.* ».

Par les expériences motrices, perceptives, corporelles et les échanges relationnels au cours du développement, l'enfant investit et intègre les différentes parties de son corps, apprend à coordonner, à faire des liaisons, il les organise les unes par rapport aux autres, ce qui revient aussi à apporter du sens.

Cela signifie que d'un corps vécu comme morcelé au départ, l'enfant fait progressivement des liens entre ses différents espaces corporels, tout comme il rassemble les différents fragments du moi, jusqu'à une unification. La constitution du moi est effectivement

²² HAAG G., *Constitution du Moi corporel et des toutes premières étapes du développement du Moi qui sont d'ordre corporel*, colloque du CESAP, 1997.

d'ordre corporel, d'où la notion de moi-corporel. Ainsi, l'enfant passe d'un vécu corporel morcelé à un vécu corporel unifié et total, d'une motricité automatique à un mouvement volontaire, plus organisé et intégré.

Nous pouvons reprendre la citation de S. ROBERT-OUVRAY qui, je pense, illustre bien le cheminement de ce chapitre 1 intitulé « Du mouvement relationnel vers une individuation » : « *L'enfant ne peut s'approprier son corps que s'il le sent vibrer à travers ses tensions, s'il le possède à travers ses sensations, s'il l'éprouve affectivement, et s'il le dote de représentations* »²³. Par-delà, l'enfant entre dans le processus d'individuation, il se distance, se sépare progressivement de ses parents et s'autonomise. Ce processus semble plutôt être de l'ordre d'une « *dynamique, interactionnelle et en constant remaniement* »²⁴ tout comme l'est l'image du corps, la perception que l'on a de nous-même, du fait que ces constructions se situent dans une dimension affective et relationnelle.

Cependant, tout ce processus, ce cheminement peut s'avérer perturbé dans le cas de pathologies graves à la naissance. C'est notamment le cas du polyhandicap qui va nous intéresser tout au long de ce chapitre 2. Après une exploration des troubles auxquels les enfants porteurs de polyhandicap sont atteints, nous nous intéresserons aux difficultés qu'ils rencontrent dans le processus d'individuation qui est alors mis à mal. Cela nous amènera à réfléchir sur l'approche psychomotrice de ces difficultés dans le chapitre 3.

²³ ROBERT OUVRAY S., *L'imaginaire corporel et l'analyse sensorielle*, <http://s.robortouvray.free.fr>.

²⁴ LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, édition érès, 2012, p.52.

Chapitre 2 : Les enfants porteurs de polyhandicap

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que le mouvement, pris dans une dimension relationnelle, est l'élément fondamental pour que l'enfant s'approprie peu à peu son corps. C'est par le mouvement, premier moyen d'expression des émotions, que l'enfant apprend à se percevoir, exister, au sein d'un milieu physique et humain. Peu à peu, il se construit une limite entre l'intérieur et l'extérieur, un sentiment d'enveloppe corporelle, et peut se différencier de l'adulte qui l'a investi pour s'investir à son tour. On parle alors d'un individu unifié et différencié d'autrui.

Mais, qu'en est-il de l'enfant naît polyhandicapé ? Quels sont ces troubles qui entravent tant leur développement psychomoteur ? Quelles conséquences sur leur vécu ou perception de leur corps, sur la construction de leur moi-corporel ? Comment se construisent-ils une identité, un sentiment d'exister ? Pour mieux comprendre leur vécu, leur identité, nous étudierons leur manière d'être, leur relation au corps propre, à l'espace, au temps et à l'autre.

I. Une présentation du polyhandicap

La définition du terme de polyhandicap a été l'objet de nombreux remaniements pour trouver la justesse entre cibler avec exactitude les besoins de ces personnes et, ne pas les enfermer dans des « cases » trop restrictives risquant de former une ségrégation. La définition du polyhandicap a un impact concret sur la prise en soin de ces personnes au sein des structures qui les accueillent. Je choisis de retranscrire deux définitions qui me paraissent suffisamment complètes.

La première est issue de l'annexe XXIV ter du décret du 27 octobre 1989 : « *Enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expression multiple, associant une déficience motrice et une déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Ce polyhandicap, éventuellement aggravé par d'autres déficiences ou troubles, nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale.* »

La deuxième, plus récente, est donnée par le Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) : « *Association de déficiences graves avec un retard mental moyen, sévère ou profond (QI<50) entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée* ». Cette définition souligne la singularité de chaque individu. Le polyhandicap ne serait pas une

simple mosaïque de déficiences, mais un ensemble de troubles interdépendants. C'est un concept complexe, difficile à définir de manière exhaustive ou représentative.

Il existe différentes formes de polyhandicap, mais l'origine est commune. Il s'agit d'une atteinte anatomique et/ou fonctionnelle précoce (avant l'âge de deux ans) et sévère de l'encéphale.²⁵ L'expertise de l'INSERM²⁶ concernant les handicaps rares nous apprend en mai 2013, que 30 à 40% des polyhandicaps ont une étiologie inconnue. Pour les autres cas :

- 50% des cas auraient une cause d'origine prénatale (affection chromosomique, maladie métabolique, malformation cérébrale, vasculaire; infection, intoxication...)
- 15% des situations auraient une cause périnatale, surtout des séquelles de grande prématurité et aussi encéphalite et méningite.
- 5% seraient d'origine postnatale (traumatisme, arrêt cardiaque, méningite, hémorragie...)

A présent, j'aimerais partager mes représentations de la pathologie et dans le même temps illustrer la réalité des profils des enfants que je rencontre en stage.

Antérieurement à ma première rencontre avec les enfants polyhandicapés de la structure, j'avais une représentation assez noire de la pathologie. En effet, j'avais l'image d'enfants grabataires, appareillés, constamment installés dans des fauteuils, dépendants d'autrui et subissant l'extérieur.

Puis, en découvrant la structure, j'ai pris conscience de la très grande variabilité de l'expression du polyhandicap. Certains renvoient des images qui sont plus troublantes que d'autres, plus déficitaires que d'autres. En effet, certains enfants sont dans l'incapacité de se mouvoir de manière autonome pour des raisons neurologiques, médicales et/ou en prévention de surhandicap. Ces derniers ne réagissent pas ou peu aux sollicitations extérieures. D'autres ont acquis une certaine autonomie de mouvement, développent leur subjectivité, et expriment leurs états de manière plus manifeste et différenciée. La progression envisagée est alors plus importante. Les enfants que je rencontre en psychomotricité se situent davantage dans cette dynamique-là.

Il s'agit d'enfants âgés de 6 à 11 ans. Ils ont acquis une certaine autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Ils n'ont pas accès au langage verbal, mais peuvent utiliser quelques mots à bon escient, quelques signes plus ou moins approximatifs, des photos ou des pictogrammes. Ils sont tous, à des degrés divers et sous différentes formes, dans une volonté d'échange, de relation avec l'autre. Leur singularité se situe dans leur relation au corps propre, au monde et à autrui.

²⁵ SAULUS G, *Modèle structurel du polyhandicap, ou : comment le polyhandicap vient-il aux enfants ?* La psychiatrie de l'enfant, 2008/1 Vol. 51, p. 153-191.

²⁶ Expertise collective de l'INSERM – handicaps rares : contextes, enjeux et perspectives. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

En effet, ces enfants semblent ne pas traiter les informations du monde extérieur par le même prisme que nous. Des évènements de la vie qui nous paraissent anodins, peuvent parfois engendrer chez eux des angoisses massives et déstructurantes.

Pour illustrer mon propos, je vais vous parler de Thomas, 7 ans.

***Thomas** est un garçon attachant qui sait aussi bien séduire que pousser à bout les personnes qui l'entourent. Souvent, quelque chose de l'environnement, de la situation, de son état le submerge et semble au-delà de ses capacités d'intégration, d'élaboration. Ce peut être la présence d'un nouvel adulte sur son groupe, l'entrée ou la sortie d'une personne, un changement de salle... Ces « petites choses » semblent toujours le mettre dans une excitation débordante et incontrôlable. Dans son corps, cela s'exprime soit par une hypertonie, des tensions et crispations, soit par des secousses de tout le corps qu'il provoque par des flexions successives des genoux à un rythme régulier et rapide, il est alors en position verticale, statique dans l'espace et toujours face à l'adulte.*

II. Une diversité de particularités

L'atteinte cérébrale grave et précoce touche conjointement tous les axes du développement : motricité, sensorialité, intelligence et psychoaffectivité. Elle réalise des associations de signes cliniques très diverses et complexes. Il est maintenant classique de dire que le polyhandicap n'est pas une somme de troubles les uns à côté des autres, mais une intrication, « l'expression de leur interaction », comme le souligne le docteur SAULUS.

Les enfants polyhandicapés naissent avec des anomalies génétiques et neurologiques qui expliqueraient cette difficulté qu'ils ont pour investir leur corps propre. D'un trouble neuromoteur prédéterminé, s'ensuivrait un trouble psychomoteur.

A. Troubles tonico-moteurs

Les troubles tonico-moteurs sont les plus visibles dans le polyhandicap. L'enfant présente un défaut d'ajustement tonique qui rend difficile la stabilité des points d'appuis, la tenue des postures. Les troubles toniques peuvent exister sous forme de dystonie*, de spasticité*²⁷, d'hypertonie et d'hypotonie. Les mouvements sont mal contrôlés et peuvent être paradoxaux, ils manquent de fluidité et d'amplitude. Certains réflexes archaïques persistent anormalement.

²⁷ Le signe * signifie que la définition est donnée dans le glossaire.

De plus, la motricité désordonnée et anarchique de l'enfant polyhandicapé perturbent grandement la relation, car cela ne lui permet pas l'envoi de signaux clairs à ses parents. Ils sont alors en difficultés pour comprendre leur enfant. Le dialogue tonico-émotionnel est perturbé.

Le degré de déficience motrice est très variable selon les enfants. Certains peuvent acquérir des déplacements plus ou moins autonomes allant jusqu'à la marche, et d'autres sont plus performants dans la motricité fine. Cependant, le plus souvent, l'autonomie motrice est limitée.

Les troubles tonico-moteurs se répercutent sur les os, les articulations, les muscles. En effet, il se crée des rétractions musculo-tendineuses, des luxations de hanches, des déformations du rachis (scoliose...), des pieds (équín, valgus ou varus). Cela entraîne une gêne fonctionnelle dans la posture (déviation grave de la colonne vertébrale,...) et le mouvement, ainsi qu'un inconfort et surtout des douleurs importantes. Pour prévenir l'apparition de ces déformations, plusieurs types d'appareillages peuvent être prescrits : coquille, corset, attelles, verticalisateur... Parfois, les contractures causées par les rétractions sont tellement graves qu'elles nécessitent des injections de toxines botuliques suivies du port de bottes en résine pour maintenir l'étirement du muscle. Et si cela n'est pas suffisamment efficace, un traitement chirurgical peut alors être nécessaire.

Pour illustrer les répercussions de ces rétractions, des troubles tonico-moteurs, je vais décrire le schéma de marche de Juliette.

Juliette, 8 ans, a un schéma de marche qui semble caractéristique de son syndrome d'Angelman*. L'élan de marche est initié par le buste en avant, le bassin est alors en antéversion. Le reste du corps est embarqué dans un déséquilibre, compensé par une suite précipitée de petits pas. Du fait de ses rétractions musculaires aux deux jambes, elle a une marche en équín, sur la pointe des pieds. Celle-ci est corrigée par des injections de toxines botuliques qui détendent le muscle. Juliette ne déroule pas son pied, il se pose de manière abrupte et ferme sur la partie avant. C'est une marche semi-automatique d'aspect raide et saccadé. Ses bras sont souvent positionnés en chandelier, et dans le cas d'émotions fortes, ils s'agitent tels des mouvements stéréotypés type flapping.

B. Déficiences intellectuelles

Ces enfants polyhandicapés présentent aussi « *une pauvreté, une monotonie ou une instabilité émotionnelle, des difficultés d'élaboration de la pensée, une désorganisation relationnelle, mais aussi temporelle et spatiale.* »²⁸ Leur quotient intellectuel se situe en dessous de 50.

La déficience intellectuelle se traduit par peu ou pas de langage verbal, des difficultés de repérage dans le temps et l'espace, des difficultés mnésiques, des loisirs et des capacités scolaires limitées, des troubles de la communication et de la relation²⁹.

Les personnes polyhandicapées n'accèdent généralement qu'à un niveau faible du symbolisme. Le langage étant la forme symbolique la plus évoluée. Or nous savons à quel point, le langage a un rôle essentiel au cours du développement de l'enfant. C'est ce qui offre une distance entre les corps. Parler signifie sortir de la relation duelle mère-bébé.

Ainsi, l'expression et la relation de ces enfants s'appuient essentiellement sur le corporel et passent par des modes non verbaux de communication, souvent mieux préservés. C'est donc au niveau de la posture, du tonus, de l'intonation, de l'expression des émotions, du rythme et de la mélodie gestuelle ou vocale que va se jouer l'essentiel de la relation.

C. Troubles sensoriels

Les troubles de la vision sont les plus fréquents, ils se retrouvent chez 40 % des personnes polyhandicapées. Les sujets atteints de troubles visuels centraux ont une meilleure perception des objets en mouvement, de la vision périphérique. Ces personnes peuvent présenter des mouvements d'oscillations continus de la tête et donc du regard, c'est une manière de se provoquer des stimulations visuelles.³⁰

BULLINGER a largement étudié l'aspect visuel dans le développement de l'enfant et dans la pathologie, il met en évidence l'importance des flux visuels en tant que compensation du déficit moteur. Ces flux « *jouent un rôle important dans la régulation tonico-posturale, les mises en forme et l'orientation du corps* »³¹.

Des troubles auditifs peuvent aussi être présents.

Quant aux troubles de la sensibilité tactile et de la sensibilité profonde (proprioception), ils sont mal connus. Il est parfois constaté une hypo-esthésie globale chez les personnes peu mobiles et une réaction anormale à la douleur et à la chaleur.

²⁸ LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, édition érès, 2012, p.18

²⁹ D'après la *Classification Internationale des Handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé*

³⁰ D'après le Docteur Lucile Georges-Janet, ancienne directrice médicale du CESAP (Comité d'Etude et de Soins Aux Polyhandicapés)

³¹ BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, ERES, 2004, p.78.

D. Troubles somatiques

Les risques de fausses routes, les possibles étouffements pendant la prise alimentaire sont des manifestations digestives fréquentes chez la personne polyhandicapée et peuvent entraîner des refus alimentaires. A terme, se crée un risque de déshydratation et de dénutrition.

Des complications respiratoires peuvent apparaître telles que les encombrements pulmonaires chroniques.

Concernant l'élimination, la constipation opiniâtre est très fréquente, notamment du fait de l'immobilité prolongée, d'une déshydratation et de certains médicaments.

Enfin, les troubles du sommeil et l'altération de la vigilance sont responsables de dissolution parfois très fréquentes et très prolongées de la conscience et cela n'est pas sans conséquence sur les processus d'acquisitions cognitives et sur le développement psychoaffectif.

E. Crises épileptiques

L'épilepsie concerne 40 à 50 % des personnes polyhandicapées, elle est très présente à des niveaux de gravité divers, et est souvent difficile à équilibrer.

Parfois, l'épilepsie peut être accompagnée de troubles du comportement tels qu'une auto ou hétéro-agressivité, une impulsivité, des stéréotypies ou encore une hyperactivité. Il est parfois difficile de différencier l'état permanent de l'état lié aux crises d'épilepsie (agitation post-crise). L'épilepsie contribue à alourdir le handicap chez l'enfant polyhandicapé, d'autant plus qu'elle est associée à la prise de traitements médicamenteux provoquant des effets secondaires non négligeables.

F. Troubles psychologiques

B. LESAGE constate que le désordre corporel, que nous avons préalablement décrit, est lié à un désordre psychique. Un nombre important de personnes polyhandicapées manifestent des troubles de la personnalité pouvant aller jusqu'à des troubles sévères de la relation qui s'apparentent à une pathologie autistique ou à une structuration psychotique. Dans ce dernier cas, on constate une fusion, une indifférenciation par rapport à l'autre, et une absence d'accès à la triangulation. L'autre existe, mais peut-être vu comme persécuteur.

L'enfant polyhandicapé peut rester fixé à certaines étapes de son développement, étapes décrites par Sigmund FREUD et Mélanie KLEIN (stade oral, anal, phallique, œdipien et de latence, puis position schizoparanoïde et dépressive) mais que nous ne détaillerons pas.

Les enfants que je rencontre au J.E.S sont dans l'impossibilité de développer une expérience satisfaisante et organisatrice du corps propre. Leur développement psychomoteur s'en trouve très précocement altéré. Leurs particularités induisent des restrictions tant sur le plan moteur, relationnel et affectif que cognitif.

Comment l'enfant polyhandicapé se construit-il malgré le handicap qui limite son autonomie, l'exploration de son corps et de son environnement ? Quel vécu peut-il avoir de son corps ? Comment l'a-t-il intégré et investi ?

III. Un processus d'individuation mis à mal

Les troubles du développement que l'on retrouve dans les différentes sphères constituant l'enfant polyhandicapé sont une entrave dans le passage d'un corps potentiel à un corps approprié, subjectivé et instrumenté, selon les termes de A-M LATOUR. Nous allons voir les différentes perturbations que rencontre l'enfant polyhandicapé dans la constitution de son moi-corporel, de son schéma corporel et son image du corps afin de mieux comprendre son mode de fonctionnement et ses difficultés dans le processus d'individuation.

Je m'appuierai sur des vignettes cliniques des enfants que je rencontre au JES. Ainsi, une lecture psychomotrice de leur singularité, nous aidera, dans le chapitre 3, à réfléchir sur ce que peut apporter l'approche psychomotrice.

A. Troubles du schéma corporel et de l'image du corps

La construction du moi-corporel, de l'image du corps est facilitée lorsque le sentiment d'enveloppe corporelle est intégré. Or HAAG écrit qu'il fait défaut chez l'enfant polyhandicapé. Celui-ci éprouve alors des difficultés pour se représenter son corps de manière unifiée, totale et différent de l'autre.

- Sentiment d'enveloppe défaillant

Les troubles de la régulation tonique, les malformations articulaires, la contrainte des appareillages, les crises d'épilepsie, les risques somatiques perturbent grandement les relations, le dialogue tonico-émotionnel et par-delà le holding et le handling.

Or, dans le développement normal, nous avons vu que le premier sentiment d'enveloppe se construit dans la sensation d'être tenu et contenu du derrière à l'avant dans une relation où les regards s'interpénètrent. Cela est nécessaire au rassemblement de l'enfant et à la construction de son moi-corporel.

De plus, nous avons vu que les boucles de retour et la mise en sens par le parent que décrit BION participent aussi à la constitution d'un sentiment d'enveloppe. Or, il peut être difficile pour la mère d'un enfant porteur de polyhandicap de décoder et d'interpréter les messages qu'émet son enfant étant donné leur caractère parfois paradoxal ou incongru. Et, du fait de son défaut d'équipement cognitif, l'enfant polyhandicapé ne perçoit pas correctement les éléments alpha transformés par la mère, donc ne peut se les approprier. Face à ces difficultés, les boucles de retour n'exercent pas leur fonction d'enveloppe corporelle et psychique.

- Exploration du corps appauvrie

Les troubles toniques que nous avons préalablement décrits, et notamment l'hypertonie perturbe le développement au niveau de l'organisation et des coordinations motrices.

Par exemple, S. ROBERT-OUVRAY repère des « *troubles de toute la chaîne animée par les muscles de la coordination du tronc* », ce qui entraîne des troubles de l'enroulement du bassin, pourtant si important dans la construction du sujet comme nous l'avons vu avec le schème d'enroulement fondamental.

De même, l'hypertonie périphérique ne favorise pas le rassemblement et la coordination en son centre comme c'est pourtant le cas pour le bébé, mais au contraire les membres se trouvent tétanisés, le corps est ouvert et rejeté en arrière. C'est pourquoi nous observons des postures en chandelier. L'enfant demeure dans cet état tonique à partir duquel la rythmicité (tension-détente) ne s'effectue plus. Comme l'écrit S. ROBERT-OUVRAY « *La sensation d'avoir un centre corporel et un noyau du moi disparaissent dans la turbulence des réactions toniques* ».

Cela crée un obstacle à l'intégration du schéma corporel et renforce le sentiment de discontinuité, de morcellement.

De plus, l'ancrage postural et la sécurité de base n'étant pas suffisants, l'enfant polyhandicapé éprouve des difficultés pour aller vers une liberté dans le mouvement et une autonomie d'exploration. Effectivement, les jeux sensorimoteurs, les mouvements, les explorations sensori-motrices sur soi, autrui et l'environnement sont limitées. Cela entraîne un appauvrissement des sensations proprioceptives et extéroceptives. C'est une entrave à l'investissement, l'appropriation du corps propre par l'enfant. Cela est d'autant plus entravé si l'enfant porte des appareillages tel un corset qui peut aussi être source de douleur et restreint fortement la liberté de mouvement. Nous pouvons imaginer que le fait de porter un corset à longueur de journée perturbe la perception que l'enfant a de son corps. Les limites corporelles peuvent se confondre avec celles du corset.

L'enfant polyhandicapé rencontre alors plus de difficultés qu'un autre dans la découverte, la perception et la représentation de son corps en tant que tout global et unifié, mais aussi dans la construction de son identité, de son moi-corporel.

Sa représentation du corps d'autrui risque d'être tout autant perturbée. En effet, SCHILDER écrit « *quand nous ne sommes pas capables de percevoir correctement notre propre corps, nous ne sommes pas non plus capables de percevoir correctement le corps d'autrui* »³².

LESAGE le rejoint lorsqu'il traite de la « **phase de morcellement sensori-moteur** ». L'enfant est alors dans « *l'impossibilité de s'éprouver comme une unité et de projeter cette intuition de totalité sur autrui.* » Il ajoute qu'il est aussi dans « *l'impossibilité de se distinguer et de s'apercevoir soi-même, de se saisir comme entité distincte, spatialisée et temporalisée.* »³³. Cela nous ramène à la difficulté de différenciation à l'autre et d'individuation, chez ces enfants.

***Thomas** ne peut s'empêcher de porter son regard, à travers le miroir, sur chacune de ses parties du corps, comme pour vérifier qu'elles sont bien rattachées les unes aux autres. Dans ces moments, il se coupe de l'extérieur, se tortille dans tous les sens pour observer ses jambes, son dos, ses fesses... Il paraît très concentré, comme s'il redécouvrait son corps, ou cherchait à se rassurer d'une continuité dans son corps.*

J'ajoute que pour mieux comprendre quelle représentation l'enfant se fait de son corps, nous pouvons nous fier aux analogies corps-espace dont parle A-M LATOUR. En effet, le schéma corporel est considéré comme le « **référentiel spatial** » d'après AJURIAGUERRA. La représentation de l'espace s'organise à partir de la représentation intégrée du corps. Ainsi, lorsque l'enfant n'a pas intégré certaines parties de son corps et présente une représentation du corps morcelée, cela se reflète dans son investissement spatial. C'est ce que nous pouvons voir avec Manon, ci-dessous.

***Manon**, 8 ans, s'arrête et s'accroupit dans une hypertonie à la frontière du tapis que nous devons traverser pour s'y installer. La moindre modification du sol, une aspérité, un changement de revêtement, de couleur, de texture la perturbe et la déstabilise, elle a des conduites d'angoisses. De plus, de manière spontanée, elle se déplace uniquement sur les fesses. Elle ne peut se mettre debout et marcher que si un adulte est présent pour elle et la rassure.*

Ainsi, de ces observations, il semble que Manon n'a pas intégré de manière suffisante le bas de son corps. Un clivage est fait entre le haut et le bas du corps. De fait, il lui est difficile de se déplacer dans l'espace de manière sécurisée et autonome.

³² SCHILDER P., *L'image du corps*, Gallimard, 1968, p.66.

³³ LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, édition érès, 2012.

La plupart des personnes atteintes de polyhandicap sont incontinentes. En dehors de l'aspect neurologique pour certains, on pourrait aussi l'expliquer par un défaut d'investissement du bas du corps, un clivage horizontal entre le haut et le bas du corps, et donc une représentation du schéma corporel incomplète, morcelée. Cela reflète une construction du corps archaïque. Or, l'étape de la sphinctérisation est essentielle dans le développement psychomoteur de l'enfant. Elle met dans le même mouvement, la fonction de maîtrise, de régulation tonique, en vue de l'alternance entre le serrage tonique et le relâchement, les enjeux de donner et de prendre. Cela pose la question de se sentir contenant et de pouvoir volontairement garder à l'intérieur ou bien laisser partir à l'extérieur. Cette étape est donc aussi associée à des enjeux psychoaffectifs et relationnels.

Le comportement de Thomas nous laisse penser qu'il est en cours d'exploration de cette fonction de sphinctérisation :

*En séance, **Thomas** (7ans) se met dans une rétention, une hypertonie généralisée comme pour se procurer du solide, une consistance, sensation vitale pour se sentir exister. Thomas s'interroge et nous interroge sur ce qui bloque, sur le fait que « ça pousse derrière » et que c'est dur et douloureux dans son corps. Il rejoue cette tentative de contrôle au niveau moteur, dans une explosion et une jubilation motrice, une toute puissance.*

Par son comportement d'hypertonie et d'explosion motrice, Thomas exprime ses interrogations vis-à-vis de ses fonctions corporelles, tout comme sa nécessité de détenir une certaine maîtrise de l'environnement, à défaut de son corps propre. Ce détour par l'environnement permet à Thomas de faire l'expérience de sa maîtrise musculaire, d'abord de manière peu différenciée et organisée pour ensuite accéder à la maîtrise de ses sphincters.

Nous venons de voir que l'enfant polyhandicapé présente des troubles du schéma corporel et de l'image du corps. Nous avons relevé une défaillance dans la constitution du sentiment d'enveloppe corporelle et dans l'intégration et l'unification des différentes parties du corps. Or cela est nécessaire dans la constitution d'un corps unifié, total et différent d'autrui. En cela, nous percevons l'impact sur le processus d'individuation.

Tout cela, n'est pas sans lien avec le vécu d'angoisses corporelles archaïques que présentent nombreuses des personnes polyhandicapées et qui entravent tout autant le chemin vers l'individuation.

B. Vécus d'angoisses corporelles archaïques

Tout d'abord, il faut savoir que les premières angoisses apparaissent à la naissance, pour tout enfant. La naissance est vécue par chaque bébé comme un traumatisme. En effet, en quelques secondes le bébé vit une rupture brutale dans son vécu sensoriel. Selon HAAG, les deux éléments principaux du traumatisme sont l'effet de la pesanteur (sensation de chute) et la modification au niveau de la peau (sensation de se répandre). Le bébé a alors le sentiment de perte d'une sensation d'enveloppement.

Ces angoisses s'atténuent progressivement lorsque l'enfant constitue, petit à petit au cours des interactions précoces, son enveloppe psychique sur étayage de l'enveloppe corporelle. Ce sentiment d'enveloppe offre un repérage des limites (de soi-même, et de celles de l'autre) et un repérage du monde de la perception. Le sentiment de limite, d'enveloppe est ce qui protège l'intégrité du corps propre.

Or, en l'absence d'une constitution d'enveloppe fiable et contenant, d'un sentiment d'un moi, d'un corps propre unifié et différencié, tous les événements sensoriels qui arrivent dans l'environnement, je les vis comme s'ils m'arrivaient à moi. C'est pourquoi, l'échec de la constitution de l'enveloppe est à l'origine d'angoisse.

C'est le cas de l'enfant polyhandicapé, les agressions dues aux malformations, les actes médicaux plus ou moins intrusifs sur leur corps, les interventions chirurgicales, orthopédiques, les appareillages qu'il subit, n'offrent pas les conditions nécessaires pour construire un sentiment d'enveloppe fiable et contenant mais au contraire peuvent engendrer un ressenti et un vécu corporel souvent morcelé et douloureux.

De même, nous avons déjà mis en évidence la perturbation des relations précoces pourtant si nécessaire à la constitution du sentiment d'enveloppe.

Ainsi, l'enveloppe corporelle reste très fragile chez l'enfant polyhandicapé. Elle est souvent appréhendée comme poreuse, trouée et menaçant d'exploser à tout moment. Les limites entre intérieur et extérieur sont peu intégrées, peu fiables.

Or, comme le précise BULLINGER « *la carence de limites corporelles rend les échanges physiologiques avec l'extérieur pernicieux et menaçant vis-à-vis de son intégrité corporelle* ». La fonction de pare-excitation est alors mise à mal. Un débordement par ses sensations intérieures ou un envahissement par des stimulations extérieures peuvent facilement survenir. Ce manque de limite perpétue les angoisses corporelles archaïques et la recherche de fusion à l'environnement.

*A l'arrivée dans la salle de psychomotricité, au moment de s'asseoir sur la chaise pour d'abord enlever ses chaussures, **Thomas** (7 ans), a des réactions d'excitation et des gestes incontrôlés. Son corps se met en ébullition, en hypertension comme pour maintenir une énergie latente, il donne des coups de pieds contre le sol, tend ses jambes en hyperextension, et des cris peuvent s'échapper. Son visage est crispé, les yeux grands écarquillés et le regard perçant celui de l'adulte.*

De même, pendant la séance, dans les jeux à plusieurs nécessitant d'attendre son tour, Thomas jette, éparpille dans tous les sens, dans toute la pièce les coussins ou les balles. Lorsque ce n'est pas sur les objets, c'est son corps qui se met en mouvement dans tous les sens, dans un rythme effréné et de manière impulsive.

L'attente avant une nouvelle activité ou avant que ce soit son tour de jouer est peu tolérable pour Thomas, il se sent en situation de frustration intense. Il est alors décontenancé, éclaté, incapable de contenir ses émotions, elles l'envahissent, le débordent. Thomas n'a pas construit une enveloppe suffisamment contenant et sécurisante et n'a pas non plus les représentations mentales suffisantes pour accepter de différer. D'où, son impulsivité qui peut être dirigée agressivement envers l'autre au cours des séances. L'enveloppe d'excitation serait alors un substitut coûteux à la non-constitution de son moi-peau.

De ces observations, nous pouvons penser que Thomas met en jeu son état interne d'éparpillement, d'éclatement, ses états bruts, par ses mouvements impulsifs ou en les médiatisant sur les coussins ou les balles. Cela pourrait signifier que Thomas est en incapacité de les mentaliser et de les maîtriser. « *Il est soumis à un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles* ». C'est aussi la définition que donne PIREYRE³⁴ de l'angoisse, en ajoutant qu'il s'agit d'une « *réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation vécue comme traumatique*. » En d'autres termes, l'angoisse apparaît lorsque les capacités psychiques de la personne sont débordées par ce qui lui arrive. En cela, le comportement de Thomas semble révéler une angoisse sous-jacente, qui s'apparente à une angoisse de morcellement.

Ces angoisses sont dites archaïques par les psychanalyses car comme le précise PIREYRE, « *elles sont présentes avant l'apparition du langage. Leur évolution courante est d'être surmontées au fil du développement, [...] mais non complètement résolues ou oubliées* ».

L'angoisse se ressent d'abord dans les états corporels. Le bébé va se protéger en criant, trémulant et en se raidissant.

³⁴ PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, ed Dunod, 2011, p.135-136.

Nous pouvons retenir quatre formes d'angoisse corporelle archaïque. Tout d'abord, la plus primitive est l'angoisse de morcellement, elle s'exprime essentiellement par des trémulations, une hyperexcitabilité, une motricité spontanée réflexe, et une hypertonie. Puis l'angoisse de chute, tout aussi primitive, elle s'exprime par des agrippements, un décrochage relationnel, un accrochage sensoriel et un effondrement tonique. Et enfin, il y a l'angoisse de dévoration et l'angoisse de liquéfaction.

Lorsque la première unification ne s'est pas faite face à ces angoisses archaïques, l'enfant cherche d'autres manières pour se construire malgré tout.

Comment cela se manifeste-t-il d'un point de vue comportemental, psycho-affectif, psychomoteur ? Qu'est-ce que cela nous dit de ce qu'ils sont ?

C. Une attitude et une expression singulières

Lorsque la première enveloppe corporelle n'a pas pu se constituer, des conduites compensatoires se développent au détriment de la relation. Nous développerons ici l'hypertonie et les stéréotypies. Le mouvement relationnel s'en trouve altéré et révèle des perturbations du processus d'individuation.

- **Hypertonie**

E.BICK montre, à partir de ses observations, que l'enfant se protège, compense la fragilité de son enveloppe, en se procurant une « **seconde peau** » proche de la « **cuirasse musculaire** » de REICH, qui offre une contenance de substitution par un tonus musculaire élevé, autrement dit un « **accrochage hypertonique** »³⁵. Il est effectivement vital pour tout être humain, de s'assurer de soi-même, de se sentir consistant et dans une continuité d'être malgré le changement. Cette continuité va être corporelle, sensorielle et non représentative. C'est un rapport au monde adhésif (E. BICK, MELTZER) c'est-à-dire basé sur des stimulations sensorielles.

Par exemple, Alice âgée de 9 ans^{1/2} et atteinte du syndrome d'Angelman, présente un comportement qui semble être un moyen compensatoire d'une enveloppe poreuse :

³⁵ Terme utilisé par A-M LATOUR

*Au cours de l'atelier « corps et danse », lorsque les adultes prennent un ton ferme pour reprendre un enfant issu du groupe, **Alice** les fixe d'une grande attention et se met dans un état d'hypervigilance, en hypertonie globale, prête à l'action, rien d'autre ne peut la détourner de ce qui l'envahit. Son inquiétude est palpable par l'expression de son visage, et parfois des larmes peuvent s'écouler. Cela survient aussi sur son groupe lorsqu'il y a beaucoup de mouvements.*

Nous pouvons penser qu'elle se crée une « **gaine tonique réactive** » ou une « **seconde peau** » dans l'idée de se protéger des stimulations extérieures.

L'hypertonie peut avoir différentes fonctions, quatre nous intéressent plus particulièrement.

La première est la fonction de pare-excitation. En effet, comme nous venons de le voir avec Alice, l'« enveloppe tonique » que décrit S. ROBERT-OUVRAY, protège des stimulations vécues comme envahissantes, des agressions tant extérieures qu'intérieures. Elle fait office de barrage, de protection. Mais chez l'enfant polyhandicapé, cette fonction peut se transformer en une fonction défensive et offensive, sous-entendant un sentiment de persécution. La fonction de défense est aussi à considérer comme participante à la mise en place des limites selon S. ROBERT-OUVRAY.

La deuxième fonction est celle de communication de son état, souvent d'un mal-être, c'est pourquoi nous pouvons aussi parler de dialogue tonico-émotionnel. Cela est d'autant plus utilisé lorsque le langage n'est pas acquis. Par ce moyen, l'enfant peut faire en sorte que l'environnement s'adapte à lui. Cependant, dans la pathologie, cette fonction peut être sous formes éphémères, labiles et peu stables.

La troisième fonction de l'hypertonie peut aussi être de s'opposer, de manifester son mécontentement. Cela se traduit alors par un schéma en hyperextension, c'est la chaîne postérieure qui est sur-sollicitée.

Et enfin, la dernière fonction est celle d'hypervigilance, état dans lequel le sujet est prêt à affronter tout imprévu.

L'hypertonie pose les limites corporelles et les limites psychiques, puis permet l'opposition nécessaire à la détermination de l'identité comme le souligne S. ROBERT-OUVRAY. Mais dans le cas du polyhandicap, l'hypertonie s'avère pathogène. En effet, il tétanise le sujet en le mettant en « surtension corporelle », et inhibe le libre mouvement. WALLON décrit un « **surinvestissement tonique** ». S. ROBERT-OUVRAY parle alors de « **paroi tonique** » et non plus d'enveloppe tonique, et E. BICK de « **seconde peau musculaire** ».

Nous venons d'étudier comment les particularités toniques colorent l'attitude, la qualité d'être de l'enfant polyhandicapé. De même, nous en avons décrit les différentes fonctions que celles-ci pouvaient prendre en vue de se construire et exister. Maintenant, nous allons voir ce que le mouvement en tant que forme expressive et moyen compensatoire reflète de la subjectivité de l'enfant, de ses préoccupations existentielles, de sa constitution identitaire.

- **Stéréotypies**

La discontinuité dans la construction des schèmes de base que présente l'enfant polyhandicapé peut se traduire, selon S.ROBERT-OUVRAY, au niveau de l'expression motrice par « *des gestes bizarres, des brusqueries toniques, des incoordinations et des stéréotypies gestuelles* »³⁶.

L'enfant fonctionnerait alors davantage selon une motricité automatique et réflexe que selon une motricité intégrée. Le fonctionnement réflexe et automatique de la motricité serait investi au détriment des expériences de relation et d'apprentissage profond que permettent habituellement une motricité intégrée.

En effet, les mouvements peuvent sembler non harmonieux, la régulation de l'énergie n'est pas toujours adaptée, avec soit une inhibition, soit un excès d'énergie qui peut donner une impression de brusquerie. Le mouvement est peu ample, semble inachevé et est souvent dysrythmique et désordonnée.

L'une des grandes caractéristiques de l'enfant porteur de polyhandicap est de développer des stéréotypies, c'est-à-dire des mouvements parasites sous forme de décharges motrices, incontrôlés et répétés. Ces mouvements sont d'apparition spontanée et n'ont pas de signification utilitaire ou symbolique. En revanche, ils peuvent être considérés comme une tentative d'élaboration d'une « **seconde peau** » au sens de BICK.

Effectivement, les stéréotypies peuvent être comprises comme une recherche de sensations proprioceptives, dans le but de maintenir une possibilité suffisante de se sentir exister de façon continue ou comme le dit BULLINGER, de « *maintenir présente des représentations fugaces, qui disparaissent dès que l'action est interrompue* ». Alors, le sujet « *s'enferme dans des stimulations qui le font exister dans l'ici et maintenant* ». BULLINGER en parle dans le cas de mouvement perpétuel, de mobilité excessive qui procure « *une image du corps évanescence mais non représentée* ».

³⁶ ROBERT-OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, Desclée de Brouwer, 2004, p.183

Deux situations différentes peuvent illustrer ces conduites :

*Assise sur sa chaise, dans une situation d'attente, **Alice** effectue des mouvements de balancement d'avant en arrière en y associant des cris.*

*Hors de son siège moulé, **Juliette** déambule sans fin, parfois de manière tourbillonnaire et dans un déséquilibre, un élan semi-automatique.*

BULLINGER décrit des conduites compensatrices sous le nom de « **prothèses de rassemblement** ». Elles pourraient être rapprochées des stéréotypies, car elles visent aussi à « *stabiliser une image corporelle évanescence, à défaut de moyens représentatifs usuels* ». ³⁷ Il ajoute que ceux sont des conduites, ou moyens qui « *compensent les difficultés essentielles de rassemblement et de stabilisation des divers espaces qu'habite le sujet* ».

Je voudrais donner l'exemple de Thomas, qui à mon sens, illustre ce type de conduite, et plus particulièrement ce que BULLINGER appelle « les conduites de tassement de la colonne vertébrale » :

*En rentrant dans la salle de psychomotricité, sur les tapis, **Thomas** effectue multiples expériences corporelles, face au miroir, ou sous notre regard qu'il sollicite. Par exemple, il se procure des chocs verticaux, en position assise, en soulevant ses fesses puis en les laissant retomber brusquement sur le sol, et ce dès l'entrée sur les tapis de la salle de psychomotricité. Cela semble lui procurer beaucoup d'excitation.*

F. TUSTIN³⁸ ajoute que les stéréotypies ont pour fonction de procurer des sensations connues et maîtrisables, mais aussi de s'opposer à la variabilité, à l'aléatoire, à l'imprévisible de l'environnement qui sont des angoisses majeures. Par-delà, les stéréotypies ont pour fonction de s'isoler de l'environnement et de s'assurer de soi-même.

***Thomas** a toujours refusé catégoriquement de garder ses chaussures et chaussettes plus de quelques secondes, il les ôtait énergiquement, d'un air déterminé, aussitôt qu'il pouvait. Il avait besoin de rester nu-pied.*

Cela peut avoir pour objectif de conserver cette sensation qu'il connaît et maîtrise lorsqu'il est pieds nus.

³⁷ BULLINGER A., *Les prothèses de rassemblement*, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, volume 49, 2001.

³⁸ TUSTIN F., *Les états autistiques chez l'enfant*, édition seuil, 2003

Manon, (8 ans) entretient un mouvement giratoire de la tête, on pourrait parler de stéréotypie unisensorielle. C'est une enfant qui reste figée du reste du corps et qui n'effectue pas d'exploration des objets.

Nous pouvons penser que par cette stéréotypie, Manon souhaite tenir l'autre à distance, elle installe un barrage contre l'extérieur, s'isole de l'environnement. Ce peut être, en quelque sorte, une « solution de repli » qui lui permet de ne pas être happée par ce qu'elle vit comme menaçant et de conserver une certaine maîtrise de son environnement.

Selon J. BOUTINAUD, les différentes stéréotypies pourraient traduire « *un effort mis en place par l'enfant pour se créer une seconde peau pathologique, qui pallie les défauts d'intégration de l'image du corps* ». ³⁹ Dans le même sens, M. ARNAUD attribue aux stéréotypies une fonction d'enveloppe comportementale, elle « *fonctionnerait comme une peau, une surface qui tente d'établir une limite entre le dedans et le dehors* ». Ainsi, ces mouvements stéréotypés peuvent être considérés comme des tentatives pour « *construire artificiellement une limite* ». Cela évite à l'enfant de « *se sentir anéanti dans un tourbillon sans fin, car il se procure un sentiment de maîtrise de ce monde* » d'après HOUZEL.

La construction d'une limite corporelle et donc d'une limite entre soi - son intérieur, et l'autre - l'extérieur est fondamentale dans la constitution du sujet. En effet, le processus d'individuation nécessite une phase de séparation, de différenciation avec ce qui n'est pas moi, comme nous l'avons décrit dans la première partie de ce mémoire. L'enfant doit pouvoir se sentir comme un être unifié, total et différent de l'autre pour devenir sujet à part entière.

Nous pouvons dire que l'hypertonie et les stéréotypies ont une fonction vitale pour le sujet polyhandicapé. L'hypertonie et les mouvements stéréotypés peuvent effectivement être une tentative pour stabiliser l'image corporelle, se procurer un sens de soi, une continuité d'existence. Cependant, cela n'apaise pas de manière durable et stable les angoisses ; et l'importante énergie mobilisée réduit ou perturbe fortement les activités tournées vers les objets externes et les relations avec le milieu humain.

D. Un mode relationnel singulier

Comme vu antérieurement, les relations précoces entre l'enfant polyhandicapé et les parents sont grandement altérées. Il en est de même pour les relations avec les pairs et les adultes. Comment cela se manifeste-t-il, sous quel mode, et qu'est-ce que cela révèle du processus d'individuation ?

³⁹ BOUTINAUD J., *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2ème édition, Paris, éd. In Press, 2010, p.118.

De mes observations, j'ai pu constater un mode relationnel très singulier chez ces enfants. D'une part, du fait qu'ils n'aient pas accès au langage verbal, leur mode de relation utilise le langage corporel, les canaux visuel et tactile et la distance interpersonnelle. D'autre part, leur singularité s'exprime dans leur mode d'entrée en relation, la gestion des mouvements en relation et la distance relationnelle.

Nous pouvons penser que le comportement des enfants polyhandicapés engageant la relation révèle une enveloppe corporelle peu fiable, la crainte d'une intrusion, d'une menace imprévisible par l'extérieur autant que par l'intérieur. L'enfant est alors préoccupé, peu disponible et recherche parfois à se couper de cette réalité extérieure en s'enfermant dans son monde intérieur. A l'inverse, l'enfant peut chercher à se rassurer par une contenance dans une proximité corporelle telle qu'on peut penser qu'il ne s'agit pas d'une intention relationnelle mais bien que la différence entre soi et l'autre n'est pas claire, que l'enveloppe corporelle est poreuse, que les limites corporelles sont floues. Ces observations nous permettront de parler d'un processus d'individuation perturbé.

Pour commencer, j'aimerais vous parler de Juliette et de sa relation à l'autre.

*Je rencontre **Juliette** à l'atelier « corps et danse ». La première fois, je suis surprise de l'insistance avec laquelle elle cherche à croiser mon regard, à entrer en contact avec moi. Il arrive même qu'elle vienne se coller très près de mon visage jusqu'à « l'effet cyclope » décrit par HAAG.*

Juliette recherche la proximité avec l'adulte, un contact intime, de manière fréquente, mais souvent furtive, à n'importe quel moment de la journée, n'importe où. Elle effectue ainsi des va-et-vient entre le collage à l'autre et la prise de distance. Cela est d'autant plus présent lorsque son quotidien est modifié (changement de nourrisse, d'assistante de vie). Son besoin de contenance s'accroît.

Juliette se situe alors dans une distance à l'autre qui n'est pas adaptée. Elle fait intrusion tant par son regard insistant et pénétrant que par la proximité physique avec l'autre. Cela laisse penser que la limite corporelle est floue, que la distinction avec l'autre lui est difficile.

Le regard permet à la fois une certaine indifférenciation ou symbiose et affirme la séparation. Effectivement, voir l'autre signifie de le reconnaître comme une existence distincte. L'expérience du regard est sans doute primordiale dans cette reconnaissance mutuelle de soi et l'autre comme êtres distincts. Or, le regard n'est pas toujours adapté. Il peut-être pénétrant ou en coin, discret ou insistant, de loin ou de très près comme c'est le cas chez les enfants polyhandicapés.

Le regard et, plus globalement, la distance à l'autre peuvent à l'inverse révéler l'évitement dans la relation à l'autre, c'est ce que nous allons voir avec Manon.

*Selon son état et la situation, **Manon** alterne entre un regard en fuite causé par le mouvement giratoire de sa tête, et un regard fixe, une hyperpénétrance dans le regard de l'autre. Il est, en général, très difficile de croiser son regard, mais lorsque c'est le cas, il me paraît transperçant, intrusif, violent, comme s'il avait pour fonction de me repousser.*

Manon semble alterner entre une attitude d'évitement et une intrusion dans l'autre par le regard. De même, l'évitement de l'autre se manifeste dans sa posture :

*A l'atelier « corps et danse », **Manon** est souvent positionnée dos à nous, recroquevillée sur elle-même, le regard fixé sur ses doigts devant elle. Et, elle peut crier, émettre des sons formant son enveloppe sonore propre.*

Elle nous fait disparaître de son champ visuel et auditif. Ses positions sont très révélatrices de ses difficultés à être en relation avec les autres. Manon n'est pas dans une sécurité de base suffisante pour accepter de s'ouvrir à l'autre. Elle semble, par ses attitudes, se protéger de l'autre qui pourrait menacer son intégrité corporelle.

C'est pourquoi, pour entrer en relation, plutôt que de la confronter à notre présence, je la rejoins où elle est, dans son état, en utilisant l'imitation. Il lui est alors plus acceptable de me percevoir.

*En séance, alors que **Manon** s'enferme dans sa posture, je l'imité. Nous partageons une même posture et je reproduis ses sons à ma façon. Je lui montre ainsi que je la reconnais comme sujet. Son regard se tourne vers moi, elle esquisse un sourire et son visage s'ouvre. Elle perçoit que je réagis en imitation à elle. C'est alors qu'elle propose un nouveau mouvement à mon grand étonnement : elle secoue ses jambes en l'air avec une apparente intention d'alimenter notre relation. En me voyant faire de même, elle se met à rire.*

De manière différente, nous retrouvons cette attitude qui fait intrusion en l'autre dans le comportement de Thomas.

*En séance, **Thomas** échappe plusieurs gestes agressifs de manière impulsive et imprévisible. Il agrippe mes vêtements, mes cheveux, les tire, tout en me regardant fixement, intensément et profondément, les yeux écarquillés et le visage étiré au maximum. Il est sensible à ma réaction, à mes mots, au sens que je cherche à mettre. Dans le jeu relationnel (courses à deux d'un point à un autre, sauter le plus haut possible, écraser les coussins ensemble...), les cris et angoisses de Thomas se transforment alors en rires.*

Thomas montre un regard fixe et profond, des mouvements agressifs, explosifs et impulsifs. Ce comportement est destiné à atteindre le corps de l'adulte en relation avec lui. Cependant, il ne semble pas avoir l'intention de faire mal mais cherche à manifester son mal être profond.

En effet, je mets en lien son comportement agressif dirigé vers autrui avec son mal-être corporel dû à sa constipation et un rhume qui gêne sa respiration. Il ne semble pas comprendre ce qui se passe à l'intérieur de lui. D'autant plus, qu'il n'a pas acquis la propreté et ne sait pas se moucher, donc qu'il n'a pas la maîtrise de son corps.

L'énergie de ces sujets est utilisée non pas pour entrer en relation, mais davantage pour se protéger de l'environnement extérieur et se rassurer. Ces comportements archaïques et corporels nous montrent des achoppements dans le processus d'individuation, c'est-à-dire une indifférenciation avec l'autre par moments et des réactions de défense et de protection. Le processus de différenciation à l'autre, qui commence par la différenciation entre ce qui provient du dedans et ce qui provient du dehors est entravé.

Cela perturbe grandement le développement psychomoteur du sujet. En effet, tant l'apprentissage de son corps dans ses différentes fonctions (motrices, toniques, consistance, intégrité, contenance), la découverte du monde environnant, les apprentissages cognitifs, spatiaux et temporels, que les relations avec le milieu humain sont rendus difficiles. Quelque chose fait défaut ou quelque chose parasite toute cette construction du sujet.

« *L'être humain polyhandicapé engendre véritablement une manière d'être au monde, une et originale* »⁴⁰ pour reprendre les mots de F. JACQUEMOT. Chaque enfant, en fonction de son handicap, en fonction de son histoire, se construit différemment et a un besoin spécifique de s'exprimer. Il se distingue par sa manière d'être au monde et à autrui, dans sa relation au corps, au temps et à l'espace. La diversité clinique de cette pathologie nous incite à respecter leur singularité, leur subjectivité, à les considérer individuellement en tant que sujet et non seulement en tant que malade polyhandicapé. C'est une population qui globalement présente des difficultés dans l'ensemble des sphères la constituant. Une approche globale est donc essentielle dans le respect de sa personne.

⁴⁰ JACQUEMOT. F., *Réparation ou accompagnement ? Le casse-tête des professionnels travaillant auprès de personnes polyhandicapées*, EPSOS n°60, 1999.

Hypothèse de travail

Nous avons montré la nécessité du mouvement couplé à un étayage relationnel dans le développement psychomoteur du sujet. En effet, l'investissement de son moi-corporel, l'appropriation et l'intégration de son corps dans une sécurité affective suffisante permettent que le processus d'individuation s'effectue. Or, dans le cas du polyhandicap, ce processus est largement mis à mal comme nous venons de le voir à partir des vignettes cliniques des enfants polyhandicapés que je rencontre. De ce constat découle mon hypothèse concernant le processus d'individuation chez l'enfant polyhandicapé.

Dans une approche psychomotrice, le mouvement dansé dans la relation favoriserait l'investissement, l'appropriation et l'intégration du corps propre du sujet polyhandicapé, et par-delà la perception de son corps comme unifié et total, différent de l'autre, en vue de son individuation.

Dans quelle mesure la spécificité de l'approche psychomotrice par le mouvement dansé dans un groupe ou en individuel, a une incidence sur l'appropriation du corps propre, sur ses modes de relation, sur ses capacités à se reconnaître en tant qu'individu ?

Chapitre 3 : La pratique psychomotrice

I. Le cadre institutionnel : le Jardin d'Enfants Spécialisé

Le cadre thérapeutique en psychomotricité s'inscrit dans un contenant plus large, le cadre institutionnel. En effet, la prise en soin psychomotrice auprès d'un enfant s'inscrit dans un projet thérapeutique pensé par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. C'est pourquoi je vais d'abord présenter le cadre de cette institution, pour ensuite m'intéresser à l'approche psychomotrice, au cadre thérapeutique et à la médiation par le mouvement, en groupe et en individuel.

A. La structure et le fonctionnement

Le Jardin d'Enfants Spécialisé, aussi appelé Institut d'Education Motrice est un semi-internat qui accueille 50 enfants polyhandicapés de la naissance à 10 ans et provenant de toute la Gironde. L'établissement a été créé dans le cadre d'un projet de l'Association HANDAS dont l'Association des Paralysés de France (APF) est à l'initiative.

Les missions de l'établissement peuvent être séparées en 3 catégories : l'éducation générale, l'éducation précoce et les soins spécialisés pour les enfants atteints de polyhandicap.

Sept « groupes de vie » sont subdivisés, ils regroupent chacun sept enfants en moyenne. Ils sont répartis en fonction du projet pédagogique du groupe et de leur problématique. Chaque groupe est encadré par trois professionnels en moyenne (un éducateur spécialisé et 2 Aide Médico-Psychologiques ou Aide Soignantes) et occupe un espace qui lui est propre, adapté au mieux aux besoins des enfants.

La semaine de l'enfant s'organise entre des temps d'accueil, de change, de repas, de goûter, de jeux libres, et d'activité au choix en petit groupe, puis se rythme de prises en soin médicales et paramédicales régulières (kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie...) au sein même de l'établissement. Quelques enfants peuvent aussi se rendre en Classe pour L'Inclusion Scolaire (CLIS) plusieurs demi-journées ou en classe en individuel au sein du JES (45 minutes par semaine) avec l'enseignante spécialisée.

B. L'équipe pluridisciplinaire

Les professionnels du J.E.S se répartissent entre une équipe de direction, une équipe de services généraux, de services administratifs, une assistante sociale, un pédiatre, une pédopsychiatre, un médecin de rééducation fonctionnelle, une infirmière, une psychologue, quatre kinésithérapeutes, trois psychomotriciennes, deux orthophonistes, une ergothérapeute, un éducateur spécialisé, deux éducateurs de jeunes enfants (EJE), deux moniteurs éducateurs, sept aides-médico-psychologiques (AMP), trois auxiliaires de puériculture, quatre aides-soignants et une enseignante spécialisée.

La dialectique des regards entre les différents acteurs institutionnels (confrontation, débat, influences réciproques) est nécessaire pour construire le projet de l'enfant, dans un travail pluridisciplinaire.

Pour cela, différentes réunions de travail sont organisées, elles formalisent l'organisation interne de l'institution et sont de trois niveaux. D'une part, les réunions associées à « la mise en œuvre des projets des enfants et à leur évaluation », d'autre part, les réunions permettant « l'articulation entre le dispositif d'accueil des enfants et l'organisation institutionnelle » et enfin les réunions propres à « l'organisation institutionnelle et à son évaluation ».

C. L'approche psychomotrice

La clinique des troubles psychomoteurs que nous avons rencontré et détaillé chez l'enfant polyhandicapé, nous confronte à une « *désorganisation corporelle, ou plutôt le plus souvent à une inorganisation. En effet, il ne s'agit pas de fonctions qui ont disparu, mais d'un corps qui ne s'est pas mis en place* » [...] « *Le corps n'est pas devenu ce vecteur modulable et sensible qui soutient une dynamique psychique et relationnelle* » comme le dit B. LESAGE.⁴¹ En effet, ces enfants présentent des difficultés pour habiter leur corps propre, ce qui est pourtant un pré-requis nécessaire pour se différencier des autres et donc se construire sa propre identité.

Le polyhandicap regroupe effectivement de multiples troubles qui s'entrecroisent les uns avec les autres, dans tous les domaines constitutifs du sujet.

Or, la formation de psychomotricien est conçue à l'articulation de plusieurs champs théoriques (neurologique, psychiatrique, psychologique et psychodynamique). Cela reflète le fait que le développement humain est le fruit d'un tissage de plusieurs dimensions, biologique, moteur, cognitive, sociale, psychique, émotionnelle et affective. La psychomotricité est reconnue pour mettre en lien le corps et l'esprit, et s'intéresse à l'individu dans sa globalité, à

⁴¹ LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, édition érès, 2012, p.17

travers l'outil corporel. Cela semble d'autant plus pertinent auprès de l'enfant polyhandicapé dont les difficultés déjà évoquées, s'expriment par le corps, la relation au corps propre et au monde, le comportement, le tonus, l'investissement spatio-temporel.

Dans cette structure, le psychomotricien se situe à un stade archaïque du développement de l'enfant, c'est-à-dire avant l'apparition du langage. Il a un rôle tout particulier autour de l'appropriation, de l'investissement du corps propre par l'enfant en développement psychomoteur afin qu'il se vive comme sujet de son corps.

Le psychomotricien effectue un bilan psychomoteur qui offre une lecture psychomotrice singulière du sujet afin d'en établir les axes du soin en lien avec son projet individualisé. Les prises en soin psychomotrices sont réalisées sur prescription médicale.

Le psychomotricien s'attache à proposer, dans un cadre sécurisant et contenant, des expériences sensorielles, d'engagement corporel, de jeux dans la relation, dans lesquelles l'enfant découvre, vit et se représente ses capacités motrices et perceptives. Les séances en psychomotricité, étant par définition ludique, visent à donner l'envie et le plaisir de se mouvoir, à investir son corps dans la relation. Elles favorisent l'éveil de ses appétences, de ses compétences sensorielles, toniques, posturales, motrices et relationnelles, et permettent d'éprouver « *son propre corps, sa propre peau et son propre mouvement* »⁴². C'est en partie cela que nous illustrerons dans la partie clinique. De plus, ces expériences corporelles permettent à l'enfant de construire une sécurité de base, sentiment indispensable à toute expérimentation du monde environnant. Cela passe par la fiabilité de l'enveloppe corporelle, la consolidation de la limite entre le dedans et le dehors, c'est-à-dire le moi et le non-moi.

En d'autres termes, la psychomotricité a pour objectif principal la construction de l'image du corps, comme point de départ de tout sentiment d'existence, pour améliorer les possibilités motrices et relationnelles. La construction d'une unité corporelle et d'une appropriation de son corps sont aux fondements de l'individuation, de la subjectivation et de la relation avec soi-même et le monde. En psychomotricité, l'enfant vit son corps dans un nouage des fonctions corporelles, psychiques et affectives.

⁴² LEGRAND Orianne, *Tentative de représentation de la corporalité d'une enfant polyhandicapée et accompagnement en bain sensoriel*, in revue *Contrastes*, 2008, p.298.

II. L'approche psychomotrice par le mouvement : les fondements

A. Le cadre thérapeutique, une fonction d'enveloppe

En vue d'une individuation, d'une intégration du corps propre, un certain cadre est nécessaire. Tout un dispositif suffisamment contenant, stable et fiable est mis en place. Il doit procurer une sécurité physique et psychique, être suffisamment ferme pour éviter la dispersion ou le morcellement, et suffisamment souple pour permettre les explorations, la spontanéité, l'expression des émotions.

Pour cela, nous nous attachons à conserver une stabilité de personnes, d'espace et de temps. Les séances ont lieu toujours au même endroit (en salle de psychomotricité) et à la même heure avec les mêmes personnes. Le cadre matériel et architectural, la constance des horaires et de la nature du travail proposé garantie une certaine enveloppe spatiale et temporelle.

Cela donne une fonction de réceptacle contenant les expériences de l'enfant, le cadre instaure ou restaure une peau psychique convenable. La salle de psychomotricité est alors une métaphore de l'enveloppe psychique qui permet à l'enfant de se vivre dans son corps en toute sécurité. Ainsi, le cadre thérapeutique en psychomotricité assure une fonction de « conteneur » pour reprendre les mots d'A-M LATOUR.

Un « **espace de jeu potentiel** »⁴³ dans lequel se vit de vraies expériences (sensorimotrices, kinesthésiques,...) devient possible. Cet espace inaugure les mouvements de séparation et de différenciation à l'autre si important au vu de la problématique rencontrée.

Une enveloppe sonore identique à chaque séance est aussi présente, il s'agit d'un album de musique apaisant, de différents rythmes, qui inspire le balancement, le laisser-aller. De plus, le miroir est toujours présent. Puis, selon la disponibilité de l'enfant, nous intégrons des objets qui peuvent alimenter les interactions et les expérimentations car comme le dit AUCOUTURIER, « *l'objet, c'est aussi la relation à l'autre, devenant moyen d'échange, d'action en commun* »⁴⁴. Il s'agit des foulards, des cerceaux, des coussins et de deux sacs de danse. Cette touche de nouveauté stimule la créativité, l'envie, le plaisir.

Le cadre psychique est tout aussi important et nécessaire, le psychomotricien en est le garant. Il concerne à la fois la pensée, la réflexion en amont de la conception de cet atelier, et l'attitude de psychomotricien durant la pratique thérapeutique. Par sa disponibilité psychique, sa capacité à être, il a aussi un rôle de « *réceptacle et de séparateur* »⁴⁵. La posture du psychomotricien fait l'objet de la partie suivante.

⁴³ Référence à WINNICOTT

⁴⁴ AUCOUTURIER B, LAPIERRE A, *La symbolique du mouvement*, édition épi, 1975, p.63.

⁴⁵ POTEL C, *Etre psychomotricien*, édition érès, 2010, p.331.

B. La posture impliquée du psychomotricien

Tout comme les relations précoces mère-bébé, le psychomotricien s'attache, tout au long de la pratique thérapeutique, à garantir le double ancrage corporel et interactif, si nécessaire au développement de la vie psychique de l'enfant. Ce que nous pouvons appeler le « cadre psychique » du psychomotricien présente des qualités spécifiques qui étayent les enjeux thérapeutiques de la rencontre avec l'enfant. C'est ce dont nous allons rendre compte.

Tout au long de la séance, le psychomotricien se positionne dans une disponibilité tant psychique que corporelle, qui le rend présent dans la relation, dans l'ici et maintenant. Il est dans une écoute corporelle, dans un état de réceptivité psychique. Il se situe alors dans une qualité d'« être-avec », en capacité d'accueillir, dans une « **attitude observante** »⁴⁶, qui lui permet de s'engager au plus près des éprouvés de l'enfant, parfois très archaïques, notamment via le canal tonico-émotionnel. Il est prêt à s'impliquer corporellement et de manière ajustée. Pour autant, le psychomotricien s'autorise aussi à initier des surprises sensorielles et émotionnelles afin de relancer une dynamique d'intégration psychomotrice.

Le psychomotricien s'exprime à partir de son « être-corps », « *il parle, agit et s'engage en fonction de ses expériences, de son vécu corporel qui lui confère une dimension d'authenticité* », comme le souligne THIEBO.

A partir de ce qu'il est, le psychomotricien prend aussi la fonction de « détoxifier » au sens de BION. En effet, il s'attache à associer un sens affectif à ce que ressent l'enfant, à ses vécus tonico-corporels. Il donne du sens, rend pensable ce qui ne l'était pas. L'enfant est alors reconnu en tant que sujet, il peut se sentir écouter. A-M LATOUR appelle cela « **la pratique de la verbalisation** », une sorte « **d'interprétation environnementale** » selon HAAG, bien différente de l'interprétation psychanalytique. Au sens de WINNICOTT, le psychomotricien a aussi une position miroir vis-à-vis du patient, c'est-à-dire qu'il lui réfléchit ce qu'il lui amène. Le psychomotricien fait en sorte de renvoyer une image positive, valorisante.

Avec une telle population déficitaire, nous partons de là où chacun en est, le psychomotricien s'adapte à ce qu'apporte ce jour-là l'enfant. Notre sensibilité et notre regard clinique nous permet d'ajuster les distances relationnelles et les propositions de mouvements avec l'enfant. Cet accordage nécessite une empathie, en psychomotricité nous parlons « **d'empathie tonico-émotionnelle** ». Elle permet au psychomotricien de partager le « monde » du sujet, « d'être avec ».

⁴⁶ THIEBO B., *Unité psychomotrice : des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 56, 2008, pp.148-151.

Ainsi, nous pouvons dire que le psychomotricien dans une attitude authentique affective, empathique et bienveillante se trouve dans une « posture impliquée »⁴⁷. D'une part, sa posture lui confère la fonction d'être là, présent physiquement et psychologiquement, dans l'ici et maintenant, prêt à accueillir et « écouter » ce qu'amène l'enfant ; et d'autre part, son implication corporelle, lui permet un engagement dans le dialogue tonico-émotionnel et les interactions motrices. Par ce double versant, le psychomotricien peut être dans un ajustement permanent.

A cela, s'ajoute le travail de théorisation à « l'après-coup », c'est un temps de réflexion, fondamental pour toute pratique thérapeutique. Nous percevons là une approche phénoménologique, du dédoublement de soi, avec un « moi-extérieur » qui porte un regard sur la situation pour l'analyser, cela permet de prendre du recul, d'apporter une distance à l'instant pour être au plus juste dans la démarche thérapeutique.

Le psychomotricien, par sa « posture impliquée » doit permettre à l'enfant de se construire une image unifiée, plus sécurisée, qui étaye son individuation.

C. Le mouvement dansé, une médiation pour une individuation

En séances de psychomotricité, la danse est considérée comme un déploiement de mouvement dans l'espace et le temps, avec des nuances dans les qualités d'énergie, qui trame un aller-retour entre soi et l'autre. C'est une médiation corporelle qui présente de nombreux attraits pour un travail en psychomotricité.

C'est un travail du corps qui mobilise tant le niveau sensori-moteur, affectif que relationnel. L'enfant se nourrit des flux sensoriels* (tactiles, vibratoires, sonores, gravitaires...), qui participe à son « **nourrissage proprioceptif** » et à la construction de son enveloppe sensorio-tonique. Les gestes et figures spatiales déployés « *mettent en forme et informent le sujet dans ses éprouvés, sa relation, ses modes de présence* »⁴⁸ comme le souligne B. LESAGE. THIEBO ajoute que « *ses explorations permettent [...] de découvrir qu'il y a une différence entre le dedans et le dehors et qu'il existe un espace de jeu entre les deux, entre soi et autrui* ». De cette définition nous comprenons aisément son atout pour que l'enfant polyhandicapé investisse son corps, l'intègre, et le vive dans une relation positive, tout en se différenciant de l'adulte, en s'individuant.

Le miroir y trouve une place de support. Il renvoie à l'enfant une image de son corps comme objet total, unifié et différencié. « *La coïncidence entre mouvements propre et ses reflets dans le miroir le captive, le miroir lui offrant la possibilité d'explorer le lien fonctionnel*

⁴⁷ Expression empruntée à Anais DELACOTE, dans son mémoire de psychomotricité : *Psychomotricien, une posture impliquée ?*, 2014.

⁴⁸ LESAGE B., *La danse dans le processus thérapeutique*, édition érès, 2006, p.30.

entre ses perceptions visuelles et proprioceptives. »⁴⁹. Le mouvement face au miroir, ou au regard de l'autre participant pleinement à l'unification, à l'exploration et l'intégration de son corps propre. Cela est d'autant plus pertinent que ces enfants, par leur histoire, leur pathologie, ont un vécu du corps morcelé, désorganisé et non rassemblé. En intégrant les lieux de son corps dans une image de soi cohérente et unifiée, l'enfant entre dans ce processus de différenciation à l'autre, il se construit un espace psychique interne.

Cette approche par le mouvement dansé peut être explorée tant en séance individuelle que groupale selon l'enfant et son projet individuel. Nous allons voir les deux situations.

III. L'atelier « corps et danse »

Cet atelier offre un espace et un temps à un groupe fermé de quatre enfants polyhandicapés pour s'exprimer corporellement en musique et dans la relation. C'est pourquoi il porte le nom d'atelier « corps et danse ». L'idée de proposer une expérience dansée à des personnes en forte restriction sensori-motrice peut sembler incongrue. Tout dépend de ce que l'on entend par *danse*. Pour reprendre la conception par B. LESAGE, nous considérons qu'à partir du moment où on l'on rentre dans une gestualité non instrumentale, qui déploie le mouvement dans l'espace, le temps, avec des nuances dans les qualités d'énergie, qui trame un aller-retour entre soi et l'autre, nous sommes en droits de parler de danse.

A. Du corps des enfants au projet thérapeutique

Cet atelier regroupe quatre filles polyhandicapées âgées de 8 à 10 ans. Elles partagent le même groupe de vie au JES. L'atelier est encadré par l'éducatrice spécialisée de ce groupe, la psychomotricienne et par moi-même, stagiaire psychomotricienne. Nous offrons un accompagnement personnalisé tout en étant disponible à l'ensemble du groupe et aux interactions.

Ces quatre fillettes ont toutes des capacités motrices et une relative autonomie de mouvement malgré leur polyhandicap. En effet, elles peuvent se mettre debout et se déplacer, bien qu'elles n'explorent que très peu cette possibilité pour certaines. Elles n'ont pas accès au langage verbal mais savent s'exprimer sous d'autres formes. Le langage corporel semble être le plus efficient chez ces enfants polyhandicapés, son authenticité en fait un

⁴⁹ WALLON H., cité par ROCHAT dans *Connaissance de soi chez le bébé*, Psychologie Française, n°38-1, 1993, p.43

moyen d'expression vraie par lequel nous pouvons entrer en relation. Par langage corporel, j'entends les mouvements, mais aussi la posture, l'attitude, le tonus, les mimiques faciales, les échanges de regard, le comportement, l'investissement spatio-temporel..., ce qui relève de la psychomotricité. Ces quatre filles ont chacune leur personnalité propre, leur façon d'être, nous les apprécions dans leur singularité.

Nous avons vu dans les chapitres précédents que l'enfant s'approprie son corps par le mouvement et dans la relation. C'est pourquoi l'atelier d'expression corporelle en groupe appelé « corps et danse » semble tout à fait pertinent. Il va permettre de re-passer par le mouvement afin d'aider l'enfant polyhandicapé à s'approprier peu à peu ce qui se passe dans son corps tout en reconnaissant la place de l'autre et du moi. C'est donc sur cet atelier que je vais m'appuyer pour illustrer l'approche psychomotrice auprès d'enfants polyhandicapés en vue de favoriser le processus d'individuation.

Les séances se construisent chacune à partir de là où est l'enfant, nous partons de ce qu'il donne à voir de son corps, de sa motricité, de sa tonicité, de son implication corporelle et de l'inscription du corps dans l'espace. Pour THIEBO, il est effectivement important de « *laisser le champ libre à l'expérience de l'enfant autant que possible, afin qu'il s'exprime librement dans sa psychomotricité, dans l'exercice du plaisir sensorimoteur* »⁵⁰. Cela fait référence au concept de « **libre motricité** » de PIKLER : l'enfant peut se construire en éprouvant sa liberté de mouvement, par sa propre expérience. Il est alors acteur de ses mouvements et peut ainsi mieux gérer les flux de son environnement. Il expérimente une place de sujet.

Puis à partir de là, le psychomotricien intègre « *son propre corps, son propre investissement spatial, ses propres mouvements, sa propre tonicité, ses propres ressentis et éprouvés corporels* »⁵¹, pour revivre et partager ensemble des situations primitives sous un mode émotionnel positif comme nous l'avons déjà décrit dans une partie précédente.

Nous nous appuyons sur le rôle des structures de mouvement et des différentes étapes de construction du sujet, développés dans le premier chapitre, pour nous orienter dans cette dynamique, savoir où l'on en est, où on veut aller, mais aucunement pour constituer une programmation de la séance.

⁵⁰ THIEBO B., *Unité psychomotrice : des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutique*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 56, 2008, pp.148–151.

⁵¹ POTEL C., *Etre psychomotricien*, édition érès, 2010, p.323.

Il me semble important de préciser et d'insister sur le fait que nous devons apprécier la situation individuelle de chacun des enfants, respecter leur disponibilité et leur rythme, et trouver des conditions et des « arrangements » qui permettent à l'enfant polyhandicapé d'avoir envie et de prendre du plaisir à vivre des expériences à travers son propre corps et au contact du monde extérieur.

Le plaisir s'inscrit dans toutes perspectives psychomotrices, et d'autant plus avec des enfants. C'est un facteur essentiel de la construction de la représentation de soi et du développement de la pensée. Ainsi, dans cet atelier, « *les situations spontanées sont toutes déterminées par la recherche de plaisir de vivre son corps en relation avec le monde, l'espace, les objets, les autres.* »⁵². Comme l'écrit POTEI, « *on ressent, on vit des expériences concrètes, corporelles, perceptives, sensorielles, ludiques, tactiles, kinesthésiques. Et on joue !* »⁵³.

Effectivement, nous pouvons lire en chacune d'elle le plaisir qu'elles ont de venir en séance. Bien sûr, cela est aussi dépendant de leur disponibilité, de leur état de santé, mais globalement, elles sont très enjouées et volontaires et s'investissent avec plaisir. Et c'est une condition nécessaire à la poursuite de cet atelier, et au travail d'individuation.

J'ajoute que la forme de groupe impose à chaque membre de « jouer sa place » ainsi que son sentiment d'existence dans le groupe. « *Chacun est mis en présence des autres, et dans le même temps chacun est mis en présence de lui-même.* » comme l'écrit A-M LATOUR. Le cadre spécifie clairement « *chacun son espace, chacun son travail* », donc chacun peut se saisir le plus personnellement possible de ses propres éprouvés. En cela, il s'agit d'« *un travail de présence à soi* » au sens d'A-M LATOUR. « *C'est le moi singulier parmi les autres* »⁵⁴ selon ses mots. Ce travail de présence à soi et de présence à l'autre qui découle du groupe en psychomotricité est un paramètre essentiel dans le processus d'individuation. Il prend tout son sens avec des enfants polyhandicapés.

B. Objectifs et axes de travail en psychomotricité pour devenir sujet

Plusieurs théories ont fortement influencé l'organisation, la conception de cet atelier, il s'agit de LESAGE et ses travaux autour de la structuration psychocorporelle, S. ROBERT-OUVRAY et ses schèmes moteurs, HAAG et la constitution du moi-corporel, et enfin, BULLINGER et la construction des différents espaces corporels.

Pour cet atelier, nous distinguons cinq objectifs et axes principaux, intriqués et interdépendants, en vue de l'individuation du sujet polyhandicapé.

⁵² AUCOUTURIER B, LAPIERRE A, *La symbolique du mouvement*, édition épi, 1975, p.34.

⁵³ POTEI C, *Etre psychomotricien*, édition érès, 2010.

⁵⁴ LATOUR A-M, *Faire ou re-faire du Un dans un groupe : la dialectique du semblable et du singulier*, Table ronde, 2013.

1. Sécurité de base et vécu d'un dedans/dehors

Tout d'abord, l'un des premiers objectifs, à la base de tout développement, c'est l'intériorisation d'une **sécurité de base** et la constitution d'un sentiment d'enveloppe corporelle contenant et fiable. Cela est nécessaire pour que l'enfant soit plus disponible à l'environnement et à lui-même, pour qu'il se permette des explorations libres, riches et variées tout au long de l'atelier.

Pour cela, nous prenons soin de respecter le cadre thérapeutique, sa contenance, sa fiabilité, sa stabilité et d'avoir une attitude professionnelle adaptée comme nous l'avons détaillé précédemment.

Puis, nous proposons à l'enfant des mouvements d'enroulement, fondamentaux dans la construction des bases d'une identité sécurisante. Ils offrent contenance et confèrent une certitude d'exister. Dans ce mouvement, l'enfant se construit une intériorité, un centre par la dynamique déploiement-repli et enroulement-déroulement. Cela permet alors à l'enfant de ressentir les premières distinctions entre le dedans et le dehors.

2. Exploration et découverte du corps propre

Le deuxième objectif de cet atelier est d'offrir un espace et un temps à l'**exploration et la découverte du corps propre**. Par le mouvement, l'enfant peut entrer dans un apprentissage profond de ses possibilités motrices et relationnelles. Il accède progressivement à une conscience de lui-même. Cette découverte du corps propre est reconnue par FROHLICH comme un besoin fondamental de l'enfant polyhandicapé.

Pour cela, au sein de l'atelier, l'enfant se place comme acteur, dans une liberté de mouvement. Nous lui proposons des mouvements plus ou moins complexes (ramper, rouler, sauter, tomber, taper, quatre pattes, balancements...). Ces mouvements lui confèrent des sensations kinesthésiques et proprioceptives. Et au-delà, l'enfant éprouve aussi des sensations intéroceptives dues aux répercussions que le rythme imprime sur son corps et ses viscères.

En informant l'enfant sur sa proprioception, le mouvement provoque des étirements et plissements de la peau, une vasodilatation et la sensation de chaleur cutanée. La peau, le lieu de notre première limite, étant ainsi stimulée et ressentie informe le sujet sur sa limite propre et par-delà sur le dedans et le dehors. La différenciation dedans/dehors conditionnant celle du soi/non-soi, nous pouvons dire que la peau, grâce au mouvement soutient l'intégration de la distinction soi/autrui.

En plus de ses sensations, par les mouvements, l'enfant expérimente ce que son corps lui permet de faire, ce qui est douloureux ou bien agréable, il découvre ce qui est solide et consistant, les parties molles et les points d'articulation. Il initie une différenciation et acquiert ainsi une compréhension de son propre corps.

C'est ainsi que l'enfant va progressivement habiter son organisme, c'est-à-dire s'approprier son fonctionnement corporel, se subjectiver.

3. Sentiment d'unité et d'appartenance au corps propre

Le troisième objectif est de construire une **perception unifiée de son corps, un sentiment d'unité et d'appartenance au corps propre.**

Pour cela, nous nous situons dans une approche globalisante. Nous proposons des expériences sensorimotrices qui mettent en lien le bas et le haut du corps, l'espace droit et gauche. Les investissements du corps sont d'abord morcelés puis progressivement l'enfant met en lien, coordonne ses mouvements et ainsi réduit les clivages corporels et psychiques. Les expériences sensorimotrices sont par exemple, l'enroulement, l'enveloppement, les roulades et les portées. A cela, s'associe le reflet de l'image du corps propre dans le miroir. Il renvoie une image unifiée du corps et qui plus est, est différente de l'adulte en relation à ses côtés.

Les multiples sensations que l'enfant reçoit par le mouvement vont petit à petit pouvoir se synthétiser. L'enfant apprend à distinguer ce qui relève de son corps de ce qui relève de l'extérieur.

4. Régulation tonique, motricité intégrée et appropriée

Le quatrième objectif est **la régulation du tonus**, et donc du mouvement. L'objectif est effectivement d'accéder à une intégration et une appropriation de sa motricité afin que la relation à l'autre soit moins parasitée, et plus adaptée. De plus, le tonus prend une fonction de limitation du corps, d'enveloppe protectrice pour ces enfants, c'est pourquoi leur faire ressentir une autre tonicité peut favoriser cette prise de conscience et ainsi une possibilité de régulation.

Pour cela, nous proposons des situations qui modifient l'état tonique, on joue sur l'alternance ouvert/fermé, on explore les dualités, les contraires toniques (écraser le coussin et le caresser, aller vite et aller lentement, avoir un mouvement fluide et un mouvement saccadé, s'envoler et chuter...).

5. Affirmation de soi, autonomisation

Le dernier grand objectif de l'atelier est de favoriser **l'affirmation de soi et l'autonomisation**. Cela peut être travaillé d'une part, par l'accès à la verticalité, à la constitution d'un sentiment d'axialité, d'autre part, par la distanciation. L'accès à une verticalité autonome permettant en soi une première distanciation.

La verticalisation nécessite un ancrage et une base solide, cela est conditionné par le poids et les appuis. Ainsi, nous proposons des jeux à partir du poids (frapper le sol de façon rythmique avec différentes parties du corps, laisser chuter les parties du corps, la « danse-contact » avec un adulte quand c'est possible).

Concernant le volet de la distance, FROHLICH écrit que l'enfant polyhandicapé a besoin d'organiser des espaces proches qui soient contenant et a besoin de proximité pour vivre des expériences d'interaction. Mais en complémentarité de cela, il semble aussi important de vivre la distance au cours de cet atelier, c'est-à-dire que nous alternons entre le « loin » et le « près », dans une situation relationnelle. Nous permettons ainsi qu'une extension de la communication se fasse. Nous alternons aussi entre « se quitter » et « se retrouver », à l'image des premières expérimentations de la permanence chez le bébé. De même, la distance se joue avec le sol « *vivre près du sol c'est rechercher la sécurité, la régression qui peut aller jusqu'au contact affectif avec une surface lisse ; et s'éloigner du sol, c'est échapper, se libérer, conquérir le volume, conquérir l'indépendance, jusqu'au saut spontané qui est joie de l'échappement* »⁵⁵. AUCOUTURIER ajoute aussi que « *se faire tout petit c'est se plier sur soi-même, [...] quitter le monde des autres, [...] et se faire grand, c'est conquérir le sol, l'espace, rechercher la grande dimension de son geste [...], c'est s'affirmer, c'est vivre* »⁵⁶. Nous jouons donc de ces contrastes qui aident à construire l'espace mais aussi l'affirmation de soi dans son corps propre, dans la relation avec l'adulte et l'environnement.

Si l'on envisage le corps comme « **matrice psychique** »⁵⁷, il apparaît qu'un abord corporel est bien davantage qu'une activité parmi d'autres. Pour reprendre les termes de B. LESAGE, c'est aussi la « *mise en place de structures fondamentales qui soutiennent l'éclosion et l'ancrage d'une présence, et qui conditionne la relation à autrui* ».⁵⁸

L'appropriation du corps propre nécessite une répétition de ces mouvements et expérimentations, afin que l'enfant qui reçoit et se procure toutes ses sensations puisse en extraire des invariants, comme le souligne G. HAAG.

Nous voyons, à travers ces différents objectifs, que la pratique psychomotrice se situe dans une approche unifiante du sujet et qu'elle concourt, en réunissant ces objectifs, au processus d'individuation.

⁵⁵ AUCOUTURIER B, LAPIERRE A, *La symbolique du mouvement*, édition épi, 1975, p.38.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Idée développée par Spinoza et reprise entre autres par Damasio et Anzieu.

⁵⁸ LESAGE B., *Le corps et la place du corps dans la relation avec la personne polyhandicapée*, paru in actif, 2005.

C. Déroulement de l'atelier

Avant l'arrivée des enfants, la psychomotricienne et moi-même aménageons l'espace de la salle de psychomotricité, toujours de la même manière afin de conserver une certaine continuité et stabilité. A l'intérieur de la salle, nous matérialisons deux espaces. Le premier est investi pour le rituel de début et de fin, on y dispose les chaises en cercle, de manière assez rapprochée ; et le deuxième est investi par les mouvements dansés. A l'intérieur de ce dernier, il y a des tapis fins disposés sur toute la surface du sol, un pouf, des coussins empilés sur un coin, et un grand miroir. Un module en mousse fait office de barrière pour délimiter ces deux espaces.

Une fois les enfants arrivés dans la salle, la séance se déroule en 4 temps.

Un premier temps est consacré à l'accueil, c'est le rituel de début. Chacun s'assoit sur sa chaise, un adulte entre chaque enfant. Ce rituel est nécessaire pour prendre le temps de se retrouver et de nommer chacune des personnes présentes dans le groupe. Nommer l'enfant participe à son rassemblement et l'insère dans le groupe en tant que sujet social et humain. En cela, on lui attribue une place propre, différente de la nôtre. Puis nous enlevons les chaussures. Une fois que tout le monde est prêt, la psychomotricienne enclenche la musique.

Cela annonce le deuxième temps, nous nous déplaçons vers l'espace des tapis.

Dans cet espace, nous prônons le libre mouvement. Plusieurs dynamiques peuvent se succéder, s'entremêler. Certaines propositions concernent chaque individu en soi, visant une expérience personnelle (dans un dialogue tonique), d'autres impliquent au contraire une interaction, une rencontre avec un ou plusieurs partenaires (via des objets médiateurs tels que le foulard et le cerceau, très prisés). Et enfin, une troisième catégorie d'expérience vise un fonctionnement de groupe (le petit train, la ronde...). Parfois, les enfants reprennent d'eux même ce qu'on a pu faire précédemment, à leur manière.

Pendant ce temps, les musiques de l'album continuent de défiler. Lorsque l'album se termine, nous nous retrouvons tous ensemble pour former une ronde, en nous tenant les mains. C'est le troisième temps.

Nous tournons en cercle sur le rythme d'une comptine que l'on chante « Entrez dans la danse, voyez comme on danse... ». Ce temps de rassemblement, d'union et de partage annonce le passage vers l'autre espace, pour le rituel de fin.

Le dernier et quatrième temps, sur les chaises, est le rituel de fin qui prépare la séparation. Nous remettons les chaussures. Par là-même occasion, nous en profitons pour verbaliser nos propres ressentis, ce qui s'est passé, les états émotionnels des enfants, le climat général. Puis nous annonçons la séparation, l'après, en montrant la photo du groupe que les filles vont rejoindre.

D. Réflexions autour de cette approche par le mouvement

Dans cette partie, je m'intéresse plus particulièrement à Juliette au cours de l'atelier « corps et danse » afin de rendre compte de l'apport de la pratique psychomotrice à partir de la médiation du mouvement dansé, en groupe, dans ce processus d'individuation et dans l'intégration du corps propre.

Juliette a bien investi et repéré cet atelier dans lequel elle vient avec beaucoup de plaisir. Elle y a évolué de façon positive dans plusieurs domaines, comme nous allons l'étudier ci-après.

Pour cela, j'ai construit un tableau d'observation comprenant quatre grands critères. Il s'inspire de la grille d'observation de G. HAAG construite à partir de l'évolution d'enfants autistes⁵⁹, celle-ci comporte cinq étapes successives correspondant à la construction du sujet, la dernière étant l'individuation. Cette grille m'est apparue utile pour étayer une description clinique qualitative, ainsi que pour tenter de comprendre les mouvements évolutifs des enfants au cours des séances.

Mes observations portent sur la relation à l'espace, la relation au temps, la relation au corps et la relation à l'autre. A mon sens, ces critères pourraient mettre en évidence la manière dont le sujet investit et intègre son corps, ils renseignent sur ses modes de relation à soi et avec autrui, et ainsi nous éclairent sur son processus d'individuation, la constitution de son moi-corporel. En somme, cela permet d'obtenir une lecture psychomotrice plus fine de l'enfant, en vue de mesurer son niveau d'individuation.

Juliette	Semestre 1	Semestre 2
Relation à l'espace	<ul style="list-style-type: none">- Investissement de l'espace en position debout.- Investissement anarchique et furtif de l'espace avec nombreux franchissements des limites spatiales, qui donne un aspect éclaté.- Une attirance prépondérante pour le miroir et les adultes.- Déplacements nombreux, animés par un désir d'aller se coller à.	<ul style="list-style-type: none">- Navigation entre le centre et la périphérie, à l'intérieur du cadre.- Exploration de l'espace par des déplacements au sol plus fréquents, alternance avec la position debout.
Relation au temps	<ul style="list-style-type: none">- Mouvement perpétuel avec brusqueries et arrêt inopiné, avec changement brutal.- Difficultés pour attendre et rester immobile.	<ul style="list-style-type: none">- Moments de pauses apaisants- Attente possible de quelques secondes, même sans contenance.

⁵⁹ HAAG G. et coll, *Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité*, La Psychiatrie de l'enfant, XXXVIII, 2, 1995, pp. 495-527.

Relation au corps	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement du corps dans sa globalité, mouvements en bloc, sans dissociation haut/bas et droite/gauche. - Auto tenue qui donne la marche sur pointe des pieds. - Buste en avant, marche saccadée. - Mouvements des bras brusques, non régulés. - Bouche molle et flasque, écoulement de salive, visage lisse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mouvements plus variés et régulés, même brefs, avec souci de l'autre. - Explorations plus fréquentes du bas du corps, des pliés de genoux et des sauts apparaissent, des autostimulations avec le coussin vibrant au niveau du fessier et des pieds - Intérêt pour l'image de son visage dans le miroir, le stade du miroir se confirme.
Relation à l'autre	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche des échanges tendres mais prend possession de l'adulte en le collant, en mimant la dévoration ou les baisers. - Souvent pénétration directe dans le regard de l'autre, visage contre visage. - Pas le souci de l'autre (ne s'arrête pas quand elle bouscule un autre enfant) 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité de se distancer de l'autre avec appui visuel, recherche « d'échanges en face » avec espace entre les corps. - Conduites d'offrande, expérimentation de l'envoie-retour : donne le foulard à un enfant puis le reprend. - Apprécie de se laisser porter par l'autre. - Emergence de moments relationnels avec échanges tendres.

En me rapportant aux cinq objectifs et axes de travail exposés dans une précédente partie, je vais mettre en évidence l'évolution de Juliette et ainsi l'apport de cet atelier. Dans le même temps, je montrerai quels ajustements j'ai dû mettre en place pour m'adapter à sa manière d'être.

Juliette voit son **sentiment de sécurité de base** se renforcer de plus en plus au fil des séances, et cela se manifeste par ses explorations corporelles, ses mouvements de fermeture et d'ouverture du corps propre et des objets, par l'enroulement et l'extension, ou même par ses navigations entre l'espace périphérique, l'extérieur du cadre et le centre. Ses mouvements engageant son corps dans sa globalité participent à l'intériorisation de ce sentiment de sécurité.

Juliette se sert beaucoup de l'autre dans ses explorations, et notamment de moi. En effet, elle va chercher à se lover en posant son ventre contre mon dos, en attendant que j'avance à 4 pattes. De ce mouvement, elle se procure une sensation qui semble l'apaiser. Elle se laisse porter dans une position d'enroulement, qui met aussi en jeu les sensations kinesthésiques et vestibulaires. Juliette trouve une contenance, une sécurité certaine dans le corps à corps. Elle peut aussi retrouver cela en s'enroulant autour du pouf, elle est alors située légèrement en hauteur. Dans ces situations, Juliette est toujours soutenue, accompagnée, soit par le regard, soit par les sons ou la voix, soit par le toucher. Elle se sent alors en toute

confiance pour produire des mouvements engageant la totalité de son corps qui lui étaient peu habituels et pour investir l'ensemble de l'espace.

Concernant sa relation à l'autre et à l'espace, Juliette fait des propositions de mouvements à distance de l'adulte, en gardant un appui visuel. Elle recherche des échanges « en face » avec un espace entre les corps, et non seulement dans un collage à l'adulte jusqu'à mimer la dévoration ou les baisers. Bien sûr, ces comportements surviennent encore, mais de manière moins fréquente, et sont très liés à sa situation. Ils sont favorisés par un trouble somatique, un mal être corporel, un changement dans les habitudes familiales (remplacement de nounou et d'assistance de vie).

L'apparente absence de dissociation entre le haut et le bas du corps de Juliette, au vu de ses déplacements pauvres (debout uniquement) et « en bloc », évolue vers un investissement progressif du bas de son corps, avec davantage de déplacement au sol, elle **investit et découvre son corps propre**. Ses mouvements s'enrichissent (apparition du plié des genoux pour sauter), ses jeux moteurs se multiplient. Elle est très volontaire pour reproduire les nouveaux mouvements et les jeux engageant le corps, même si cela dure peu de temps (comme se mettre à califourchon sur un module et mimer le cavalier sur son cheval ou faire le petit train qui tangué d'avant en arrière, de gauche à droite entre deux autres personnes...).

A partir de ses explorations, Juliette investit et découvre son corps pour mieux le maîtriser. Ses différentes sensations, l'appui du miroir, du regard de l'autre lui permettent de mettre en lien ses parties du corps. Son **sentiment d'unité et d'appartenance au corps propre** se met alors progressivement en place. Sa relation au corps laisse effectivement voir que le haut et le bas du corps se relie entre eux, notamment dans les déplacements au sol. De même, sa relation à l'espace lui permet d'expérimenter des hauteurs, sur le pouf ou sur le dos d'un adulte.

Sa relation à l'autre qui est plus ajustée laisse penser qu'une **régulation du mouvement, du tonus** devient de plus en plus maîtrisée. Effectivement, lorsque nous dansons toutes les deux en nous tenant les mains, Juliette peut maintenant ralentir le mouvement de ses bras, le rendre plus fluide, même si cela ne dure que quelques secondes. Parfois, un rappel de l'adulte est nécessaire pour qu'elle prenne conscience que ses gestes sont trop forts et mal ajustés, il lui est alors possible de réguler. Cela s'est vérifié lorsque sur le dos de Laura elle a voulu réutiliser les tapotements avec les poings. Elle a pu finir par atténuer sa force, réguler son tonus. De plus, au début Juliette n'avait pas le souci de l'autre, elle ne s'arrêtait pas quand elle bousculait ou tapait un autre enfant avec ses pieds ou ses mains, (ce qui était d'autant plus fréquent lorsqu'elle avait des bottes de résine aux deux pieds) mais maintenant ces altercations sont plus rares. Juliette est plus posée et douce, lorsque son état somatique lui permet et que son environnement est stable. De véritables échanges tendres peuvent se

mettre en place, notamment via des conduites d'offrande d'objets, mais aussi en donnant un câlin à une autre enfant ou en s'asseyant sur ses genoux délicatement.

Enfin, Juliette semble aussi en cours **d'affirmation de soi et d'autonomisation**. En effet, elle manifeste son mécontentement, son opposition lorsque par exemple, elle ne souhaite pas que l'atelier se termine. Puis, elle est moins dans l'agir et dans la précipitation mais davantage dans le ressenti et le partage avec autrui. De même, elle alterne entre le « loin » et le « près », dans une situation relationnelle, sans que cela devienne une agitation ou une instabilité psychomotrice comme au début de notre rencontre.

Il a fallu que je trouve un ajustement dans la relation avec Juliette qui soit à la fois accueillant et contenant afin qu'elle se sente en confiance et qu'on puisse jouer ensemble dans un mouvement de plaisir et à la fois qui ne soit pas dans un collage comme elle le recherche souvent. Il a donc fallu que je crée une distance, que je la détourne de son besoin d'être collé à moi pour offrir un espace transitionnel, nécessaire pour laisser émerger la créativité, la libre motricité. Cela a été possible grâce à l'introduction d'objets comme les foulards et les cerceaux et la présence des autres enfants et adultes qui font « tiers ». Juliette pouvait ainsi se mettre en mouvement dans les différents espaces, essayer de nouvelles gestuelles, imiter chacune des personnes présentes, puis revenir vers moi lorsqu'elle en éprouvait le besoin. Je m'attachais alors à alimenter notre relation par de légers balancements dans les différentes orientations spatiales, ou par des frottements ou des portées dans le déplacement. Il était tout aussi important que Juliette se retrouve seule. Parfois, elle se mettait légèrement en retrait mais toujours avec nous, présente par le regard, et se posait allongée sur le sol ou les coussins. Elle semblait se ressourcer après les multiples stimulations vécues.

Ainsi, de ces observations et analyses, nous pouvons dire que cet atelier a été bénéfique pour Juliette, elle a su profiter de cet espace et de nos accompagnements pour se construire psychiquement, en passant par son corps, la découverte et l'investissement de celui-ci en relation avec son environnement et autrui. Nous pouvons dire qu'elle se trouve dans une dynamique positive d'évolution vers une individuation, bien que certaines bases ne semblent pas encore tout à fait intégrées et fiables. Elles tendent à se renforcer, se sécuriser.

De plus, il me paraît intéressant de préciser que le sentiment d'enveloppe corporelle, de limite varie au cours du temps, en fonction des événements subis, de l'état somatique, des traitements médicamenteux, des modifications du quotidien, qui atteignent plus ou moins l'intégrité corporelle de chacun. En effet, selon Paul FEDERN, psychanalyste, les frontières du Moi « *sont perpétuellement en changement* ».

Cette approche de la psychomotricité auprès d'enfants polyhandicapés à partir du mouvement relationnel, je vais aussi l'illustrer avec Solène dans le cadre d'une prise en soin individuelle. C'est une enfant qui illustre tout à fait les différents troubles rencontrés dans sa constitution en tant que sujet différencié. Sa sécurité de base, la constitution de son enveloppe corporelle, de ses limites, l'unification de son corps n'ont pu se construire de manière suffisamment stable.

IV. Etude de Solène

Dans un premier temps, je décrirai l'histoire, l'anamnèse et ma rencontre avec Solène. Ensuite, je vous présenterai les données psychomotrices ainsi que la prise en soin en psychomotricité, pour enfin étudier son évolution au sein du Jardin d'Enfants Spécialisé.

A. Présentation générale de Solène

Solène, née le 26 août 2004, a 10 ans. C'est la cadette d'une fratrie de trois enfants. Ses deux sœurs sont âgées de 17 et 20 ans. Ses parents se trouvent dans une situation professionnelle précaire, ponctuée de périodes de chômage.

Solène a un développement staturo-pondéral harmonieux. Elle porte de longs cheveux bruns, détachés dans le dos. Corporellement, elle donne l'impression d'être très ancrée au sol. En effet, son polygone de sustentation est large, ses genoux sont fléchis, et son pas dans la marche spontanée est ferme et lourd. Son haut du corps est légèrement penché vers l'avant, induit par une antéversion du bassin. Pour maintenir un regard horizontal, sa tête se trouve en légère extension. Ses épaules et ses coudes sont orientées vers l'arrière comme pour rééquilibrer sa stature. De plus, Solène porte toujours des pantalons trop grands qui ne lui tiennent pas à la taille.

C'est une jeune fille attachante, dynamique et animée d'un désir de découvrir, avec l'autre. Elle manifeste une grande curiosité pour les objets peu communs de l'environnement (tricycle, toupie, ballon de baudruche, jouets, foulards...) bien qu'elle ne soit pas toujours en capacité de s'y confronter, nous le verrons. Elle apprécie particulièrement engager son corps global en mouvement, danser, et écouter toutes sortes de musique (dynamique et calme).

1. Anamnèse

Solène a eu une convulsion néonatale. A 6 mois, un nystagmus (*mouvement d'oscillation involontaire et saccadé du globe oculaire*) droit et gauche est apparu. L'analyse génétique révèle une anomalie du chromosome 18. Cliniquement, elle présente un grand retard de développement psychomoteur, des troubles attentionnels et une agitation motrice.

Auparavant, Solène était suivie par le service de néonatalogie et le CAMSP audio de Bordeaux. Puis, elle intègre le JES en février 2010, à l'âge de 5 ans ½. A raison de 45 minutes deux fois par semaine, Solène rencontre l'enseignante spécialisée du JES et quatre après-midi par semaine elle se rend en CLIS (Classe pour L'Inclusion Scolaire) accompagnée d'une AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire). Aujourd'hui, Solène ne fait plus partie du JES. En effet, depuis le 2 mars 2015, elle est dans un Institut Médico-Pédagogique, plus adaptée pour son âge et ses nouvelles acquisitions.

2. Tableau clinique

Du fait de son anomalie au niveau du chromosome 18, Solène présente les caractéristiques symptomatiques du polyhandicap, qui sont une déficience mentale profonde et une déficience motrice entraînant une restriction de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. En effet, elle n'a pas acquis le langage verbal, mais peut communiquer spontanément et plus ou moins fidèlement à partir des signes du Makaton (adaptation d'un langage des signes pour enfants), et de quelques photos et pictogrammes pour faire des demandes. Dans la relation, elle fonctionne beaucoup par imitation voire par échopraxies, l'autre est un support d'identification pour elle. Cependant, elle peut aussi développer des troubles du comportement tels qu'une agitation motrice, un état d'hypervigilance et des cris lorsque l'afflux d'excitation extérieur est excessif par rapport à ses capacités de tolérance et d'élaboration psychique. Concernant son autonomie, elle peut s'habiller et se déshabiller seule, enlever ses chaussures, manger et boire seule. Elle a une marche autonome bien que l'équilibre soit précaire, et elle a acquis la propreté à 8 ans ½.

Physiquement, Solène présente un morphotype particulier, elle a une légère microcéphalie, une dysmorphie des fentes palpébrales et une malformation des pieds (creux et en valgus : voute plantaire déviée vers l'extérieur). Ainsi, pour éviter toute aggravation physique et fonctionnelle, elle porte des coques Dafo aux deux pieds qui montent jusqu'à la cheville. Solène a également un syndrome rotulien et une hyperlaxité articulaire.

Solène est allergique aux fruits à coques et fait aussi de l'eczéma. Les psychosomaticiens décrivent l'eczéma comme « *une tentative pour sentir du dehors cette superficie corporelle du Soi, pour pallier les insuffisances du Moi-peau-sac* »⁶⁰, d'après les mots d'ANZIEU. Cela serait en effet, en concordance avec son déficit du sentiment de l'intégrité corporelle que nous décrivons par la suite.

Sur le groupe : Solène semble toujours occupée, lorsqu'elle n'est ni à l'école, ni en prise en soins paramédicales, elle s'occupe sur la table avec des jeux manuels, de manière autonome, mais elle préfère toujours la présence de l'adulte. Bien qu'elle soit très appliquée

⁶⁰ ANZIEU D., *Le moi-peau*, édition Dunod, 1995, p.130.

et impliquée dans ses jeux, ses activités, elle reste toujours disponible aux flux environnants et est prête à cesser ce qu'elle fait à la moindre sollicitation de l'adulte. Elle semble plus apaisée et concentrée lorsqu'elle joue seule, lorsqu'elle reste dans une maîtrise de ce qu'elle fait. Au contraire, dans les jeux avec l'adulte, Solène scrute du regard ses manipulations, d'un air angoissé. Le fait de ne pas être en position de maîtrise, la met dans un état d'hypervigilance. Solène semble avoir besoin de vivre les expériences par elle-même, de les comprendre et de les maîtriser pour être en confiance. Par exemple, lorsque l'adulte actionne la minuterie du faux grille-pain qui aboutira à la sortie intempestive du pain vers le haut, Solène attend avec angoisse le moment où celui-ci va enfin sortir, pendant ce temps, elle pousse des cris et ne peut rester en place. De même, lorsque Solène devait se faire mouler le pied pour la création de ses nouvelles coques et pour accepter que l'adulte lui pose le plâtre. Il fallait que Solène voit les différentes étapes du moulage sur le pied de l'adulte, qu'elle touche à tous les matériaux utilisés et qu'elle le fasse d'elle-même.

Solène est constamment attirée par l'environnement extérieur, mais elle montre qu'elle en a aussi très peur. Je remarque une ambivalence dans son comportement entre une appétence pour l'extérieur, et une crainte que celui-ci porte atteinte à son intérieur.

3. Projet individuel d'accompagnement

Les objectifs avancés dans le projet de Solène sont l'accompagnement de l'expression de ses émotions, la mise en mots et en sens de ses angoisses et l'acquisition d'une certaine autonomie.

Solène est suivie en prise en soin orthophonique hebdomadaire. Un classeur de communication avec des pictogrammes est en cours de réalisation. De plus, Solène est suivie en psychomotricité une fois par semaine en séance individuelle depuis septembre 2011. Elle a eu une première expérience en pataugeoire d'une durée de 2 ans et demie avant d'être vue en salle.

Solène s'investit pleinement dans ses prises en soins, elle s'y rend toujours avec engouement, il lui arrive même de les réclamer en utilisant ses signes propres. Elle semble aussi beaucoup apprécier de se retrouver dans une relation privilégiée avec l'adulte qui est là pour s'intéresser à elle.

4. Ma rencontre avec Solène

Je rencontre Solène une fois par semaine dans le cadre de la prise en soin individuelle en psychomotricité. Elle s'effectue en salle de psychomotricité. Très rapidement, Solène m'a intégrée et investie dans la relation triangulaire avec la psychomotricienne. En effet, dès ma première observation en séance, pendant que la psychomotricienne gonfle le ballon de baudruche en réponse à ses demandes, comme c'est le cas depuis plusieurs séances avant mon arrivée, Solène est aux prises à une intense angoisse archaïque. Elle se précipite dans

mon dos, les mains sur mes épaules, comme pour se protéger par anticipation de tout imprévu qui aurait pu l'atteindre. Dès le début, elle semble m'accorder une certaine confiance contrairement à son appréhension pour des objets extérieurs. Cette situation me laisse penser que la limite entre le moi et le non-moi n'est pas clairement établie, que le sentiment de sécurité interne n'est pas intériorisé.

A l'inverse, lorsque Solène se trouve dans un environnement sécurisé en présence d'adultes, elle est très enjouée, joueuse et souriante. Elle met son corps global en mouvement, dandine, cherche à attirer l'attention de l'adulte et rentre dans un jeu relationnel sous un mode séducteur, dans lequel elle conserve une certaine maîtrise.

Dans la relation, Solène est de bon contact, c'est une jeune fille agréable bien que souvent angoissée. Ses modes de communication privilégiés sont le toucher, l'imitation, les expressions faciales et quelques signes. Elle est sensible aux expressions, mimiques, mouvements, ainsi qu'à la prosodie et aux intonations de l'autre. Quant à moi, je mets continuellement des mots sur ce qui se passe, je m'adresse à elle par la parole, en prenant soin de l'accompagner, la soutenir par des mimes, gestes et intonations. Ainsi, avec le soutien des canaux non verbal et para verbal qui contextualisent et apportent des indices à la communication, nous réussissons à nous comprendre. Bien qu'elle n'ait pas accès au langage verbal, Solène réussit toujours à exprimer ses envies et ses mécontentements.

B. Données psychomotrices

Le bilan d'évolution de Solène nous permet d'affiner le profil psychomoteur de Solène. Au niveau sensoriel, nous remarquons que Solène apprécie particulièrement les sensations vestibulaires (balancements, chutes) et auditives (mélodie, musique, voix) qui l'apaisent ou l'excitent selon le contexte ou l'intensité. Le toucher peut aussi être un canal rassurant dans les situations d'angoisse lorsqu'il est à son initiative.

Au niveau du tonus, Solène présente une hypertonie de fond axiale et des membres, ainsi qu'une hypertonie d'action lorsque le corps est engagé dans sa globalité, ses mouvements sont brusques, peu harmonieux. Cet état tonique pourrait être un moyen pour se sentir exister, présent à son corps ou une manière de se protéger de l'extérieur. « **L'enveloppe tonique** »⁶¹ permet de garder un état d'alarme comme une « **gaine tonique réactive** »⁶². Cette rigidité augmente lorsqu'elle se sent menacée dans son intégrité corporelle et psychique, dans une situation qu'elle vit comme angoissante. De manière concordante, son visage se fige, ses yeux sont écarquillés, fixant aléatoirement, comme pour chercher un point d'accroche visuel et elle associe des émissions vocales qui créent une enveloppe sonore. De

⁶¹ Terme emprunté à S. ROBERT-OUVRAY.

⁶² Terme emprunté à J. AJURIAGUERRA.

plus, elle présente une dominance du tonus des muscles fléchisseurs qui évoque l'image d'un repli au sein d'une carapace tonique. L'enveloppe musculaire peut aussi constituer un palliatif à l'absence d'un sentiment d'unité du corps. Son tonus reflète de manière évidente ses émotions.

Plus spécifiquement, les épreuves de la batterie d'évaluation des fonctions Neuro-Psychomotrices de VAIVRE-DOURET évaluant l'extensibilité, le ballant et la mobilisation passive révèlent une latéralité tonique dite harmonieuse et affirmée à gauche, car sur le plan tonique, les dominances sont opposées entre les membres supérieurs (à gauche) et les membres inférieurs (à droite). De plus, j'observe une raideur musculaire, des paratonies plus importantes au niveau distal (poignets et chevilles), surtout pour ce qui est des membres inférieurs, et une grande souplesse en proximal (épaules et hanches). Cela reflète la loi de maturation neurologique qui se fait dans le sens céphalo-caudal et proximo-distal.

Les épreuves évaluant le tonus d'action mettent en évidence des syncinésies de diffusion tonique très importantes en axiales (bucco-faciales et tronc), mais aussi au niveau des épaules et des mains. En effet, durant le serrage des poignets, sa bouche s'ouvre en grand, son visage se crispe, sa tête est inclinée à droite et regarde à gauche, son épaule droite s'élève. Cela reflète son trouble de la régulation tonique.

Sa motricité dynamique générale et son équilibre sont mises à mal du fait de ses malformations pédestres et de son trouble de la régulation tonique. Solène présente un équilibre précaire, qui nécessite souvent un appui. Sa marche spontanée est saccadée et lourde, elle s'accompagne d'un balancement énergique des bras en triple flexions (poignet, coude, épaule) ou d'une fixation des bras en flexion les mains dirigées vers le haut, l'axe du corps est incliné vers l'avant et légèrement sur le côté. Toutefois, elle est capable d'avoir une marche lente sur demande, son pas est alors plus léger, le pied se déroule davantage, et elle se positionne dans son axe. En général, les coordinations homolatérales (côté droit et gauche) et controlatérales (des 4 membres différenciés) sont peu harmonieuses.

La motricité fine de Solène est toute à fait précise, efficiente et fonctionnelle, la pince pouce index est acquise, la tenue du crayon est correcte. Au niveau du graphisme, elle produit des gribouillages, des cercles infinis. Elle peut faire des croix, suivre le trajet d'un labyrinthe, des traits horizontaux et verticaux.

Sa latéralité usuelle manuelle est à droite.

Son niveau d'intégration du schéma corporel est évalué à partir de l'épreuve d'imitation de posture et de vocabulaire de BERGES-LEZINE. Dans la désignation des parties du corps, des confusions apparaissent au niveau du visage, dans la différenciation œil/nez/bouche/front. A savoir que les yeux et les narines ont été particulièrement investis, ils ont été l'objet de violentes auto-agressions dans les premiers mois de son arrivée au JES,

au même titre que son sexe qu'elle a d'ailleurs désigné à la place de la bouche. Sa connaissance en est donc limitée et parfois erronée. Pour ce qui est des postures en imitation, elles étaient approximatives, sous-tendues par un excès de tonus et des syncinésies toniques. Les directions manquent de précisions. Une autre particularité réside dans son appréhension à mettre ses bras en extension. Solène est dans une attitude de regroupement, c'est-à-dire que son corps dans sa globalité est dans une flexion, plus ou moins prononcée. Cela évoque une position de rassemblement en son centre, une posture compensatrice de son sentiment d'insécurité interne. Solène accepte de tendre entièrement son bras que s'il est soutenu par son autre bras. Solène aurait-elle peur que son bras ne lui appartienne plus s'il s'éloigne trop de son axe corporel ? Son sentiment de continuité, d'unification entre chacune des parties du corps semble peu intégré, fragile. En revanche, cela peut être possible en position allongée, après un temps de mise en confiance, car le sol soutient l'entièreté du corps et offre une sensation tactile sur toute la surface corporelle. Ainsi, Solène a une représentation fragile de son corps, les limites et la consistance ne sont pas intégrées.

Les repères topologiques et de grandeur ne semblent pas avoir acquis un niveau de symbolisation. Il s'agit de concepts abstraits qu'elle n'est pas en mesure de différencier. En revanche, elle en a une connaissance implicite. Dans le temps, Solène a acquis la représentation de la succession temporelle. En effet, elle comprend son emploi du temps à la journée, sur lequel se succèdent les différents temps.

Les questions du relationnel et du comportement ont déjà été abordé dans la partie précédente : « Présentation générale de Solène ». En effet, ces observations me semblaient prioritaires à présenter pour mieux comprendre le sujet.

Conclusion du bilan : Solène présente des comportements qui révèlent des fragilités de ses limites corporelles, du sentiment d'intégrité, de son enveloppe corporelle, qui ne semblent pas remplir leurs fonctions de pare-excitation, de contenance, de sécurité interne. Ainsi, Solène a des angoisses archaïques intenses et développe des « **stratégies de compensation** ». Elles s'expriment dans sa posture (regroupement-recentration), sa gestuelle (brusque), son tonus (excès), ses états émotionnels (excitations), sa relation à l'espace (restreint) et au temps (discontinu), et à l'autre (proximité et imitation-échopraxie).

Les observations découlant du bilan nous orientent vers des axes de travail spécifiques.

C. Séances individuelles

L'indication a été posée par la pédopsychiatre de l'établissement à son entrée au JES.

Nous l'avons vu, Solène est aux prises à de nombreuses et intenses angoisses corporelles archaïques face à certains objets qui peuvent être impressionnants de l'extérieur (la toupie, le ballon de baudruche qui se gonfle et se dégonfle). Ces angoisses l'inhibent dans ses explorations quotidiennes, il y a un retentissement important sur ses apprentissages et ses relations.

1. Axes de travail

Hypothèse : Solène n'a pas acquis un sentiment de sécurité interne, son enveloppe corporelle est poreuse et du fait de cette perméabilité corporelle, Solène ne peut affronter les objets environnants de manière sereine, elle craint une menace, une intrusion, son corps est toujours susceptible d'être agressé, traversé ou envahi par les objets extérieurs. Autrement dit, la limite n'étant pas clairement établie, la différenciation entre ce qui provient de l'intérieur (du soi), et ce qui provient de l'extérieur (du non-soi), ne peut être intégrée efficacement. Solène ne peut intégrer en elle un sentiment de sûreté interne pourtant nécessaire face aux afflux environnants. Elle est au contraire habitée par une crainte de « se dissiper », son intégrité corporelle est mise en péril.

Objectifs : Il s'agit d'offrir un espace et un temps contenant et pare-excitant dans lequel Solène peut intérioriser un sentiment de sécurité de base continue et exprimer ses angoisses archaïques pour les dépasser. Dans le même temps, l'objectif est de découvrir son corps propre et ses possibilités motrices, d'acquérir un sentiment d'unité et d'appartenance au corps propre, pour aller vers une individuation.

2. La séance

J'anime la séance seule, sous le regard de la psychomotricienne, depuis début janvier 2015, à l'issue des deux mois d'observation.

Je m'appuie sur la confiance que Solène m'accorde, sa capacité d'entrer en relation, d'imitation et sur son plaisir à se mouvoir en musique. Ainsi, je lui propose des situations de mise en mouvements, face au miroir et avec la musique afin qu'elle puisse mettre en relation ses sensations kinesthésiques, proprioceptives, vestibulaires avec son reflet visuel, tout en comparant avec ce que peut faire le corps d'un autre. Dans le même temps, Solène expérimente ses variations toniques entre des mouvements au ralenti, accélérés, de douceur, de lâcher prise, d'équilibre qui peuvent faciliter sa conscience tonique et donc sa régulation tonique. En complément de cela, et pour finir par un temps calme, je propose des massages unifiants avec de la crème sur les pieds, ensuite je fais rouler un ballon dégonflé sur la surface

de son corps, et je termine par des pressions manuelles sur tout son corps. Ce dernier temps lui permet non seulement d'avoir une perception de son corps réunifiée mais aussi de se recentrer sur ce qu'elle vient de vivre, d'avoir un regard intériorisé sur comment elle se sent, et prépare au temps d'après.

Le fait de mettre le corps en mouvement, dans la relation et en musique, permet aussi de travailler notre relation à l'espace et au temps. Nous connaissons grâce à Anne-Marie LATOUR les analogies corps-espace, qui seraient que la conscience de son propre schéma corporel, référentiel spatial préjugerait de notre conscience de l'espace. Or, avoir des repères stables et sécurisés est à la base d'un sentiment de sécurité. Il semble évident qu'une maîtrise des repères corporels et spatiaux permet de mieux comprendre et anticiper ce qui provient de son propre corps et de l'extérieur. De plus, au cours de ces séances Solène est libre de s'exprimer, de faire émerger sa créativité, de s'affirmer, de prendre plaisir à vivre une expérience corporelle valorisante, sereinement.

J'apporte une structure à ce qu'elle propose d'elle-même de manière à organiser et ainsi à pouvoir penser, se représenter la séance ; d'une part, en verbalisant ce qu'on est en train de faire ; et d'autre part en mettant en lien les différentes actions dans une certaine cohérence. De cette manière, nous prenons le temps de répéter les mouvements, et ainsi de percevoir ce qui se passe au niveau corporel, d'être proche de ses sensations propres. Puis chaque semaine, nous reprenons ce qui est fait, tout en y apportant de nouveaux mouvements pour ne pas s'enfermer dans un rituel et pour laisser place à la créativité. Ainsi, la séance se déroule dans une continuité, au regard de la problématique de Solène, le vécu de continuité est fondamental à intérioriser. En effet, pour WINNICOTT, c'est sur « **un sentiment continu d'exister suffisant** » que repose la structuration du moi.

La mise en mouvement du corps peut se faire avec ou sans médiateurs. Selon l'état de Solène, je peux lui proposer d'intégrer des foulards, et je peux aussi lui proposer ce qui s'appelle un « sac de danse », sorte de tissu extensible dans lequel elle peut s'envelopper et faire des mouvements d'étirements. Ce sac offre ainsi une sensation tactile permanente qui rassemble l'ensemble du corps et les différentes parties entre elles. Il nécessite de la part de Solène qu'elle agrandisse ses mouvements, une extension des membres dans le but d'élargir sa kinesphère, si étroite d'habitude. Ainsi, elle peut vivre un sentiment d'unification du corps, et d'autres possibilités de mouvements du fait de ce réajustement corporel nécessaire. Cependant, il a été très difficile pour Solène, d'accepter de se hisser entièrement dans le « sac », bien que son désir était manifeste. Elle refusait toute aide de ma part, elle avait besoin d'essayer seule, probablement pour être sûre de pouvoir sortir, de maîtriser au plus près « l'expérience ». On imagine sa frustration étant donné son désir accru et son angoisse « inhibitrice ». On note une persévération, une volonté effrénée de se « surpasser », quitte à faire durer l'angoisse. Au bout du 2^{ème} essai (la séance suivante), elle a pu y rentrer les pieds

et même se lever en les gardant dans le sac, mais tout mouvement était inhibé, un appui extérieur était nécessaire. Nous n'avons pu poursuivre le travail, du fait de son départ vers une autre institution.

3. Observations et analyses psychomotrices

Pendant le temps de danse, Solène se saisit de mes propositions, elle attend d'abord que je danse puis me suit en m'imitant. Elle finit par prendre confiance et à son tour, elle propose autre chose. Nous construisons la séance ensemble, de nos propositions réciproques. Ainsi, elle peut se distancer de moi, s'opposer et s'affirmer. Solène prend ce temps comme un défouloir, dans lequel elle décharge ses excitations, elle est très impliquée, souvent de manière abrupte et peu harmonieuse. Ses mouvements sont spontanément d'une grande énergie, presque non contrôlés et impulsifs. J'ai parfois le sentiment qu'elle est dans une fuite de la relation de l'ici et maintenant. D'une part, parce que son regard est dirigé ailleurs dans l'espace. D'autre part, parce qu'elle signe une autre activité (le ballon par exemple). Mais il est aussi possible qu'elle soit présente avec moi, même si cela nécessite de la rappeler. Naturellement, nous nous sommes positionnées l'une à côté de l'autre, face (ou dos) au miroir, mais rarement en face à face, ce qui je pense serait trop intrusif et directif.

Le temps calme est souvent demandé par Solène. Elle signe alors « terminé » et s'allonge sur les tapis. J'accompagne ce temps du souffle de ma respiration pour lui inspirer le relâchement. Ses bras sont d'abord en flexion vers le haut, puis par induction, elle peut les maintenir allongés sur les côtés mais toujours en tension. Son regard est fixé au plafond, orienté légèrement sur le côté, elle évite de croiser mon regard, elle semble concentrée sur ses perceptions de l'ici et maintenant. Son corps continue d'être tendu, mais peut rester immobilisé. Les pressions que j'effectue à pleines mains l'excitent (davantage que lorsque j'utilise un ballon mou comme médiateur), elle se crispe, et ce seulement sur le haut du corps (du bassin aux épaules), et rit, toujours le regard fixé au plafond.

Ces éléments me laissent penser qu'elle vit le toucher proposé par un autre comme quelque chose d'intrusif, le détournement de son regard pourrait alors être un moyen de palier à ce sentiment peu supportable. La médiation du ballon, par la distance relationnelle qu'il apporte rend plus supportable le contact par un autre et lui permet ainsi de mieux s'apaiser.

D. Synthèse et évolution

Par l'engagement de son corps dans des mouvements en relation qui nécessite un ajustement à l'autre, une régulation tonique, un investissement spatial, Solène apprend, au sens profond du terme, à s'approprier son corps, et progressivement développe une perception plus unifiée et sécurisée, on peut alors parler de schéma corporel au sens de AJURIAGUERRA. Il le définit ainsi : « *il est édifié sur la base d'impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles. Il réalise la synthèse dynamique qui fournit à nos actes et à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification, dans une construction active et constamment remaniée des données actuelles et des données du passé.* » Le schéma corporel est le support de l'identité, des besoins de sécurité et de réalité d'être. Il est ce par quoi nous percevons le monde et agissons sur lui. Cette définition reflète les axes de travail en psychomotricité auprès de cette enfant.

De ma place d'observatrice puis des quelques situations que nous avons vécues ensemble ces deux mois, j'ai pu apprécier une évolution dans l'appréhension de son corps dans l'espace et le temps, dans la relation, et concernant ses manifestations d'angoisses. Effectivement, au fil des séances, elle occupe un espace plus vaste et varié, ses mouvements sont de meilleure qualité, mieux ajustés et plus ouverts, et dans un rythme qui peut être nuancé.

C. CAUBET constate également dans sa pratique que « *plus la maîtrise du geste, du déplacement, du regard, de l'espace s'affine, plus s'atténuent l'angoisse, les stéréotypies et l'auto-enfermement.* ».⁶³

Solène se trouve alors dans une dynamique positive d'évolution.

Elle a pris de l'assurance, peut être dans un lâcher prise en se laissant chuter en arrière, ce qui témoigne de sa confiance en l'autre, en l'espace, en son corps à cet instant. Elle s'affirme en s'opposant à certaines de mes propositions, en signifiant la fin d'une activité, par le signe « terminé » et aussi en proposant ses propres idées de mouvements. De ses expériences positives, elle semble avoir trouvé des appuis fiables, des ressources internes pour découvrir l'objet à son rythme, pour l'apprivoiser et surmonter sa prime angoisse. Les choses semblent progressivement prendre sens à ses yeux.

Mais Solène peut rapidement être dispersée, être dans l'après et non dans l'ici et maintenant. La présence contenante, sécurisante d'une personne, une présence bienveillante, lui reste indispensable. L'adulte est d'un grand soutien dont elle sait profiter pour renforcer son sentiment de sécurité interne, il est aussi un modèle d'identification.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'une évolution remarquable avait déjà été affirmée au cours de ses quatre années dans la structure. En effet, à son entrée au JES, Solène était perçue comme une « enfant sauvage », extrêmement angoissée, brusque et hâtive lorsqu'il

⁶³ CAUBET C., *Polyhandicap et éprouvé de liberté : un paradoxe quelques fois surmonté*, 2008, p.110.

s'agissait d'engager son corps dans la globalité. Elle avait des comportements d'automutilations (arrachage de la peau de la figure, grattage de la zone génitale), elle pouvait se mettre dans des états tétaniques, elle portait atteinte à son corps. Elle fuyait le regard de l'autre, qui était vécu comme intrusif. Elle pouvait se cacher sous un foulard pour se protéger de tout regard. De plus, chaque nouveauté était vécue comme une épreuve, une atteinte à son identité, à son être. Elle ne tolérait pas que quelque chose d'extérieur soit attaché à son corps (ex : bracelet, collier, élastique, foulard...). Elle était dans un constant état d'hypervigilance, d'inquiétude. Dans une telle situation de crise, l'adulte la recouvrait d'une couverture, c'était un moyen efficace pour qu'elle trouve un apaisement. Cette couverture n'est pas sans rappeler la peau et sa fonction d'enveloppe pare-excitante à partir de laquelle il est possible de se protéger des excitations tant extérieures qu'intérieures.

Percevoir son corps comme étant suffisamment stable malgré les changements corporels et identitaires, suffisamment résistant pour ne pas craindre une atteinte venant de l'extérieur est une intégration qui s'effectue sur du long terme, dans un travail de longue haleine et qui est nécessaire dans le processus d'individuation, pour devenir sujet à part entière.

A partir des observations cliniques étayées de supports théoriques, nous avons pu étudier tout au long de ce chapitre, l'apport de la pratique psychomotrice par la médiation du mouvement, tant dans le cadre d'un atelier en groupe que dans le cadre d'une prise en soin individuelle, avec des enfants polyhandicapés. Nous percevons l'originalité, la singularité de la psychomotricité par son approche à partir du corps et dans une dimension de plaisir, par la position particulière du psychomotricien, son regard clinique spécifique et sa capacité à mettre en liens, à théoriser sa pratique.

La psychomotricité trouve tout son intérêt auprès d'une population telle que les enfants polyhandicapés, très déficitaires et dont la progression est souvent minimale, ou plutôt fluctuante, irrégulière et dysharmonieuse. Cela peut être expliqué par le fait que leur disponibilité est très dépendante de leur état, de leurs troubles somatiques (épilepsies, troubles du sommeil, troubles digestifs...), des effets secondaires des médicaments. Cette population interroge par son caractère souvent peu compréhensible et entendable, par leur comportement parfois ambivalent et fluctuant. Pour autant, il semble nécessaire de toujours s'attacher à mettre en liens, à mettre du sens, ou au moins de prendre en compte et d'interroger leur comportement.

Ainsi, le psychomotricien, intégré dans une équipe pluridisciplinaire, participe à offrir une compréhension globale du sujet. Cela permet d'apprécier l'enfant dans sa complexité, de mettre en liens ses particularités, et d'offrir des prises en soin complémentaires.

Conclusion

La différenciation moi/non-moi, devenir sujet unifié et total, autrement dit, le processus d'individuation, me paraît être une problématique centrale dans la prise en soin des enfants polyhandicapés. J'ai eu le sentiment que cette problématique posée dans le domaine de la clinique du polyhandicap venait toucher aux fondements de la psychomotricité : le corps et son intégrité, le mouvement et l'investissement psycho-affectif de soi, la relation au monde et à l'autre. J'ai donc décidé d'étudier ce processus qui se construit dans une dynamique corporelle et relationnelle, dans un détour par l'autre et à partir du corps propre.

C'est pourquoi ce mémoire reflète l'élaboration de ma réflexion autour de l'approche psychomotrice par le mouvement en relation et dans une dimension de plaisir, par le mouvement dansé.

Le corps est au premier plan, dans ses dimensions motrice, affective, émotionnelle, relationnelle et psychique. Le mouvement part du corps, l'essence même de l'individu, son support, son habitacle, son contenant, sur lequel l'enfant prend appui pour se découvrir soi et mieux s'élancer vers la découverte et l'exploration de son environnement. C'est ce qu'écrit P. COLLIGNON « *c'est à partir de son corps, en tant que point de départ, que la personne peut se sentir exister et aller à la rencontre de l'autre.* »⁶⁴.

Bien que mal régulé ou stéréotypé, le mouvement, l'expression corporelle, reste le principal moyen de communication de l'enfant polyhandicapé. Par le libre mouvement, le sujet peut s'exprimer, susciter des interactions, vivre des moments de partage avec autrui et dans le même temps peut laisser émerger sa créativité, appréhender son corps propre et l'espace environnant. Cela participe ou est au fondement de son développement psychique, de son processus d'individuation, pour devenir sujet.

Le mouvement met en jeu l'ensemble des sphères constitutives du sujet. Il peut être considéré comme ce qui fait le lien et alimente chacune de ces sphères, relationnelle, affective, cognitive, sociale, motrice, psychique. Je rejoins LESAGE qui écrit « *la danse se situe à la confluence entre image motrice, émotion, sensation, expression, espaces moteurs internes et externes* ».

Ainsi, en me référant au développement normal du bébé et à ses relations précoces avec son environnement, j'ai voulu montrer l'importance d'un étayage relationnel, du dialogue tonico-émotionnel et de la mise en mouvement de l'enfant afin que celui-ci intériorise progressivement une sécurité de base et parte à la découverte de lui-même pour se forger sa propre identité et s'individuer. Ces supports fortement mis à mal chez l'enfant polyhandicapé ont étayé mes réflexions autour de la prise en soin en psychomotricité.

⁶⁴ COLLIGNON P., *Ethique du soin et qualité de vie chez les enfants sévèrement polyhandicapés*, p.8

J'ai donc montré que lorsque l'enfant présente des difficultés pour investir et s'approprier son corps en vue de devenir un habitacle suffisamment sûr, le mouvement dans la relation et dans une dimension de plaisir peut être un levier thérapeutique dans une approche psychomotrice pour accéder à l'individuation.

Il me semble important de mettre en avant que cette pratique par le mouvement doit être adaptée à chaque enfant, elle peut être abordée différemment et doit prendre en compte les besoins et les désirs de chacun. Il m'est apparu important d'être dans une compréhension fine de l'enfant pour apporter une aide personnalisée, individualisée, adaptée à chacun. Cela vaut aussi, pour un même enfant, qui peut voir son comportement fluctuer au fil des séances, selon sa disponibilité corporelle et psychique. Le psychomotricien doit pouvoir se laisser surprendre, afin d'aller à la rencontre du sujet là où il est, comme il est, de manière authentique, dans l'ici et maintenant. Je retiens alors une très grande importance à la qualité d'être, d'écoute attentive du psychomotricien.

Dans l'accompagnement de ces enfants, je retiens aussi l'importance des échanges en équipe pluridisciplinaire. Nous ne sommes pas seuls face à cet enfant qui nous met parfois en difficulté. Les échanges, les questionnements, la verbalisation des inquiétudes, des doutes sont essentiels dans la perspective de réfléchir ensemble à des solutions, à de nouvelles pratiques, pour se soutenir mutuellement. Cela permet aussi de prendre du recul sur les situations cliniques vécues, de rester créatif, de garder l'envie, l'espoir, la conviction que ce qu'on fait apporte quelque chose à l'enfant, bien que très déficitaire.

Les échanges avec les parents sont tout autant à privilégier, ils enrichissent notre connaissance sur l'enfant que nous devons considérer dans chacun de ses milieux de vie afin d'avoir une lecture plus fine et juste de ses forces et faiblesses.

Cette année de stage auprès de cette population et entourée de l'équipe pluridisciplinaire n'a cessé de me rappeler que l'homme, qu'il soit porteur d'handicap ou non, conserve toujours une part d'inconnue, une zone d'ombre dont personne ni lui ni autrui n'en a la maîtrise et ne peut prétendre en connaître les méandres. J'ai appris à accepter que beaucoup de choses nous échappent dans le comportement des enfants polyhandicapés, et nous rappelle sans cesse à notre humilité. La citation de JOLLIEN est évocatrice de mon sentiment « *[la démarche d'accompagnement] exige confiance absolue en l'homme, mais aussi humilité, humilité qui permet de garder ses distances, de ne pas juger l'autre, de prendre conscience que l'autre restera toujours un individu irréductible, qui ne peut être totalement soumis, analysé et compris.* ».

Je voudrais finir ce mémoire sur une note positive. Ces enfants, leur joie de vivre, leur innocence et leur authenticité, nous offrent des moments forts émotionnellement, qui nous

rappellent continuellement le plaisir d'exercer un métier du relationnel tel que celui de psychomotricien.

L'humanité qui s'en dégage est un souffle d'espoir qui nous pousse dans cet élan d'offrir le meilleur de nous-même pour aider au mieux le sujet à vivre dans son corps, dans la relation au monde et aux autres, tout en éprouvant plaisir et affection. Tous les chemins entrepris ensemble en prise en soin s'effectuent dans cette intention.

Références bibliographiques

ANZIEU D., *Le moi-peau*, Dunod, 1995.

AUCOUTURIER B., LAPIERRE A., *La symbolique du mouvement, psychomotricité et éducation*, édition épi, 1975.

BOURRAT M-M., *Ressemblances et différences : le travail d'identité ou de l'identique au même pour aboutir à l'unique*, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 56, 2008, pp 223-228.

BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, ERES, 2004.

BULLINGER A., *Les prothèses de rassemblement*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2001, volume 49.

BULLINGER A., *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*, in *Enfance* Tome 51 n°1, 1998, pp 27-35.

GAPENNE O., *Altération de la matrice proprioceptive et psychose naissante : hypothèse*, *l'évolution psychiatrique* 75, 2010, pp 383-393.

GERRIET M., *L'enfant polyhandicapé et son corps, la place de l'appareillage*, nuance handicap, 2010.

GOLSE B., *Du corps à la pensée*, édition puf, 2004.

HAAG G., *Constitution du moi-corporel et des toutes premières étapes du développement du moi qui sont d'ordre corporel*, in *La spécificité de la prise en charge médicale des personnes polyhandicapées en institution*, CESAP Formation, p.29/41, 1997.

HAAG G., *Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel*, in *journal de la psychanalyse de l'enfant* n°20.

HAAG G. et coll, *Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité*, *La Psychiatrie de l'enfant*, XXXVIII, 2, 1995, pp. 495-527.

HAAG G., *Quelques précisions sur le langage corporel des enfants polyhandicapés, nature du dialogue possible*, compte rendu journées CESAP, 1993.

JACQUEMOT F., *Réparation ou accompagnement ? le casse-tête des professionnels travaillant auprès de personnes polyhandicapées*, article d'EPSOS n°60, 1999.

JARICOT B., *Du corps à corps à sa propre verticalité*, *Enfances & Psy*, n°33, 2006/4.

JOLLY L., « *Je te tiens ! Protège-moi...* » *L'approche psychomotrice auprès d'enfants avec Troubles Envahissants du Développement : Etre contenu, se tenir, s'ouvrir au monde*, mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux, 2013.

JOLY F., *Le bébé psychomoteur, Julian de Ajuria Guerra et la conception psychomotrice du développement précoce*, in Fabien Joly, *Sa Majesté, le bébé*, ERES « 1001 bébés », 2007, pp. 137-152.

KLOECKNER A. et al, *Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères I : introduction aux travaux d'André Bullinger*, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2009.

LATOURE A-M., *Les images du corps pré-contenantes*, http://www.psynem.org/Rubriques/Pedopsychiatrie_psychanalyse/Recherches_memoires_et_theses/Images_du_corps_pre-contenantes/2.pdf

LATOURE A-M., *Du moi-ressenti au moi-psychomoteur : une hypothèse à propos des troubles archaïques*, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 57, 2009, pp 255-259.

LEGRAND O., *Tentative de représentation de la corporalité d'une enfant polyhandicapée et accompagnement en bain sensoriel*, in revue *Contrastes*, 2008.

LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, édition érès, 2012.

LESAGE B., *La danse dans le processus thérapeutique, fondements, outils et clinique en danse thérapie*, édition érès, 2006.

LESAGE B., *Abord des personnes polyhandicapées*, Les cahiers de l'Actif n°286/287, 2000.

LESAGE B., *Corps et polyhandicap*, 2005.

www.irpecor.com/attachments/024_article-corps-polyhandicap.doc

LESAGE B., *Le corps en place et la place du corps dans la relation avec la personne polyhandicapée*, in *Actif*, 2005.

PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps, Du vécu au concept*, édition dunod, 2011.

POTEL C., *Etre psychomotricien*, édition érès, 2010.

RAMOS M., *Du corps à corps à sa propre verticalité, accompagner l'enfant polyhandicapé dans son individuation*, mémoire de psychomotricité, Université Claude Bernard Lyon 1, 2013.

ROBERT-OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, 2ème édition, Desclée de Brouwer, 2004.

ROCHAT P., *Connaissance de soi chez le bébé*, in psychologie Française, n°38-1, 1993.

SAULUS G., *Modèle structural du polyhandicap, ou : comment le polyhandicap vient-il aux enfants ?*, La psychiatrie de l'enfant, 2008/1 Vol. 51, pp. 153-191.

THIEBO B., *Unité psychomotrice : des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 56, 2008, pp.148–151.

VANDEVOORDE J., *Rôle des représentations d'action et du système moteur dans la construction du soi : synthèse et perspectives*, neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 59, 2011, pp.454-462.

WINNICOTT D., *Jeu et réalité*, Gallimard, folio essais, 1975.

Glossaire

Angelman (syndrome de) : Ce syndrome résulte d'une délétion portée sur le chromosome 15 d'origine maternelle. L'incidence est estimée à 1/20 000. Le tableau clinique est le suivant : retard important du développement, arriération mentale, absence de langage verbal, un comportement joyeux accompagné de rires fréquents, un syndrome dysmorphique, une ataxie de la marche avec élévation des bras, des convulsions avec anomalie de l'électroencéphalogramme, des troubles du sommeil et de l'alimentation.

Dystonie : contraction musculaire involontaire, anarchique et inadaptée qui peut apparaître au cours d'un mouvement ou dans le maintien d'une attitude.

Paratonie : Trouble du tonus musculaire consistant en une difficulté du relâchement musculaire volontaire.

Spasticité : c'est l'exagération du réflexe myotatique. Elle empêche la coordination entre le relâchement et la contraction des muscles antagonistes, ce qui stoppe le mouvement. Elle peut se traduire par des spasmes moteurs, par une raideur et par une faiblesse musculaire.

Syncinésie : c'est la réalisation de mouvements involontaires simultanément à la réalisation de mouvements volontaires.

Flux sensoriels : c'est la part non discriminative des sensations, des signaux continus de l'environnement.

Schéma corporel : c'est l'intuition d'ensemble ou la connaissance immédiate que la personne a de son corps à l'état statique ou en mouvement dans le rapport de ses différentes parties entre elles et dans ses rapports avec l'espace, les objets et les personnes environnants. Il s'édifie sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles d'après AJURIAGUERRA.

Image du corps : c'est la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. Ce concept comprend la dimension affectivo-imaginaire.

Table des matières

Remerciements	2
Avant-propos	3
Sommaire.....	4
Introduction	5
Chapitre 1 : Du mouvement relationnel vers une individuation	8
I. Le rôle de l'étayage relationnel dans le processus d'individuation	8
A. Un « environnement suffisamment bon »	8
B. Le détour par l'autre pour une mise en sens des sensations	10
C. Le regard comme envisagement de l'autre et première distance	11
D. De la symbiose à la différenciation.....	12
II. Le rôle du mouvement pour devenir sujet	13
A. Du mouvement réflexe vers un mouvement volontaire et organisé	14
B. Le mouvement, un « organe de perception ».....	15
1. Se percevoir soi pour percevoir l'autre	15
2. Percevoir l'environnement	17
C. La construction de l'axe corporel	18
Chapitre 2 : Les enfants porteurs de polyhandicap	23
I. Une présentation du polyhandicap	23
II. Une diversité de particularités	25
A. Troubles tonico-moteurs.....	25
B. Déficiences intellectuelles.....	27
C. Troubles sensoriels	27
D. Troubles somatiques.....	28
E. Crises épileptiques.....	28
F. Troubles psychologiques.....	28
III. Un processus d'individuation mis à mal	29
A. Troubles du schéma corporel et de l'image du corps	29
B. Vécus d'angoisses corporelles archaïques.....	33
C. Une attitude et une expression singulières	35
D. Un mode relationnel singulier	39
Hypothèse de travail.....	43
Chapitre 3 : La pratique psychomotrice.....	44
I. Le cadre institutionnel : le Jardin d'Enfants Spécialisé	44

A.	La structure et le fonctionnement.....	44
B.	L'équipe pluridisciplinaire	45
C.	L'approche psychomotrice.....	45
II.	L'approche psychomotrice par le mouvement : les fondements	47
A.	Le cadre thérapeutique, une fonction d'enveloppe.....	47
B.	La posture impliquée du psychomotricien.....	48
C.	Le mouvement dansé, une médiation pour une individuation.....	49
III.	L'atelier « corps et danse »	50
A.	Du corps des enfants au projet thérapeutique	50
B.	Objectifs et axes de travail en psychomotricité pour devenir sujet.....	52
1.	Sécurité de base et vécu d'un dedans/dehors	53
2.	Exploration et découverte du corps propre	53
3.	Sentiment d'unité et d'appartenance au corps propre	54
4.	Régulation tonique, motricité intégrée et appropriée	54
5.	Affirmation de soi, autonomisation	54
C.	Déroulement de l'atelier	56
D.	Réflexions autour de cette approche par le mouvement.....	57
IV.	Etude de Solène.....	61
A.	Présentation générale de Solène.....	61
1.	Anamnèse	61
2.	Tableau clinique	62
3.	Projet individuel d'accompagnement	63
4.	Ma rencontre avec Solène	63
B.	Données psychomotrices	64
C.	Séances individuelles	67
1.	Axes de travail.....	67
2.	La séance.....	67
3.	Observations et analyses psychomotrices	69
D.	Synthèse et évolution	70
	Conclusion.....	72
	Références bibliographiques.....	75
	Glossaire	78
	Table des matières	79