

La quête adolescente : construction identitaire de l'adolescent porteur d'un handicap moteur

Orane da Silva

▶ **To cite this version:**

Orane da Silva. La quête adolescente : construction identitaire de l'adolescent porteur d'un handicap moteur. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01358398

HAL Id: dumas-01358398

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01358398

Submitted on 31 Aug 2016

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 PIERRE ET MARIE CURIE – PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE PITIE- SALPETRIERE

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

MEMOIRE PRESENTE EN VUE DE
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE PSYCHOMOTRICITE

Par

M^{elle} Orane DA SILVA

LA QUETE ADOLESCENTE :
Construction identitaire de l'adolescent porteur d'un handicap moteur

Référent de mémoire :

M^{me} Karine BOTTINO

Session : **Juin 2016**

REMERCIEMENTS

A l'issue de ces longues heures de travail, il me tenait à cœur de remercier certaines personnes …

Un grand merci à ma maitre de stage et référente de mémoire, Karine Bottino, pour son soutien, sa disponibilité, ses relectures minutieuses, ainsi que pour la transmission de son savoir et de son éternelle bonne humeur. Merci de m'avoir considérée comme une collègue et permis ce travail en co-thérapie. Merci enfin de m'avoir appris que les seules limites qui nous font barrage sont celles que nous nous imposons.

Merci également à ma seconde maître de stage, Martine Copeland, pour m'avoir tant appris et offert une confiance aveugle, ainsi que pour son temps passé à me relire et à m'offrir son soutien.

Merci à tous les psychomotriciens qui ont pris le temps de m'accueillir et de recueillir mes nombreuses interrogations.

Bien entendu, merci à mes parents pour m'avoir soutenue dans mes choix, et pour avoir toujours cru en moi même lors de mes moments de doutes. A ma famille et plus généralement au restant de mes proches, chez qui j'ai pu puiser une force sans faille, merci pour leur patience.

Merci à vous, mes chères amies de promo, grâce à qui j'ai pu me découvrir au fil de ces trois années. Merci d'avoir su rendre ces dernières pleines de joie et de moments uniques.

Merci aussi aux patients dont j'ai croisé le chemin, qui m'ont accordé leur confiance et permis de devenir la future psychomotricienne que je suis. Merci de m'avoir tant appris sur moi.

Enfin, merci à Victor et Baptiste sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 8

PARTIE 1 : UN STAGE AU CŒUR DE L'ADOLESCENCE ...

MA RENCONTRE AVEC L'INSTITUT D'EDUCATION MOTRICE..... 11

I. PRESENTATION 11

II. LES OBJECTIFS 11

III. LES DIFFERENTS SERVICES : UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE 12

1) Le service administratif 12

2) Le service d'entretien 12

3) Les services généraux 12

4) Le service social 13

5) Le service médical et paramédical 13

6) Le service de soutien psychologique 14

7) Le service éducatif 14

8) Le service scolaire 15

a. La section collège-lycée 15

b. La Classe d'Insertion Professionnelle et Sociale 16

c. L'unité d'enseignement 16

d. La Section Pré Professionnelle 16

e. La Section Pédagogique et Éducative pour la Vie Sociale 16

IV. PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE 17

1) Au sein de l'institution 17

2) Les missions en psychomotricité 18

3) Ma place en tant que stagiaire 19

a. Ma place au cours des séances 19

b. Ma proximité d'âge avec les jeunes de l'établissement 20

UNE POPULATION ADOLESCENTE 21

I. LA PUBERTE COMME PORTE D'ENTREE A L'ADOLESCENCE 22

1) Des hormones en ébullition 22

a. Rappel : les systèmes endocrinien et neuro-endocrinien *22*
b. Le rôle des hormones à la puberté *23*
2) Quand le corps se transforme 23
II. LE CORPS ADOLESCENT 25
1) Schéma corporel et image du corps : apports théoriques 25
a. Le schéma corporel *25*
b. L'image du corps *26*
2) Les chamboulements corporels et la découverte de la sexualité : entre narcissisme et tabou du corps 28
a. Ce nouveau corps, exhibé ou caché *28*
b. La sexualité *29*
III. REMANIEMENTS PSYCHOLOGIQUES : UNE QUETE IDENTITAIRE 30
1) Qu'est-ce que l'identité ? 30
2) La distanciation parentale comme processus de séparation, d'individuation et d'autonomisation 31
3) L'importance du groupe : un enjeu social 31

PARTIE 2 : VIVRE UNE ADOLESCENCE SOUS LE SCEAU DU HANDICAP

MA RENCONTRE AVEC DEUX «ADO-NAISSANTS» 35
I. PRESENTATION DE VICTOR 35
1) Notre première rencontre 35
2) La consultation du dossier médical 36
3) Le projet thérapeutique mis en place, et ses évolutions 37
4) Séances 38
a. De septembre à décembre : Victor ou le Spleen baudelairien *38*
b. De janvier à avril : le déluge des émotions *39*
II. PRESENTATION DE BAPTISTE 40
1) Notre première rencontre 40
2) La consultation du dossier médical 42
3) Le projet thérapeutique mis en place, et ses évolutions 42
4) Séances 43
a. De septembre à décembre : le complexe du homard *43*
b. De janvier à avril : sortir de sa coquille *44*

L'ADOLESCENT HANDICAPE : QUAND LA QUETE IDENTITAIRE EST MISE A MAL 46

I. LORSQUE LE HANDICAP SURVIENT··· 46

1) Le handicap 46

a. Historique 46

b. Définition et rapport à la loi 47

2) Handicap et société : les diverses théories 48

a. E. Goffman et la théorie du Stigmate 48

b. N. Elias et la théorie de l'outsider 49

c. R-F. Murphy et la théorie de la liminalité 49

d. H.J. Sticker et la figure du Double 50

e. S. Freud et l'inquiétante étrangeté 50

3) Un handicap moteur : l'Infirmité Motrice Cérébrale 51

a. Classification nosologique 53

b. Sémiologie générale des troubles 57

II. CONSTRUCTION ET REMANIEMENTS IDENTITAIRES : COMMENT LE JEUNE HANDICAPE SE PERÇOIT-IL ? 61

1) Les troubles psychomoteurs : une entrave à l'identité corporelle 61

a. Les troubles toniques 62

b. Les troubles de la locomotion 62

c. Les troubles du schéma corporel 62

d. Les troubles praxiques 64

e. Les troubles de la latéralité 64

f. Trouble de l'organisation spatiale 65

2) Impacts du handicap et blessure narcissique 66

a. Lorsque l'enfant nait handicapé 67

b. Lorsque le handicap survient à l'adolescence 67

PARTIE 3 : DISCUSSION – LE REGARD COMME HAUBAN DE L'IDENTITE

LE REGARD DANS LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE 71

I. LES FONCTIONS DU REGARD 71

1) Le regard, à la conquête de l'espace 72

2) Le regard dans la fonction communicative 72

3) Le regard comme miroir 73

a. Le stade du miroir *73*
b. Le regard miroir de la mère *74*
II. REGARDS SUR LE HANDICAP **75**
1) Le regard parental 75
2) Le regard des autres 78
a. Baptiste : l'incandescence par le regard *78*
b. Victor : être regardé, c'est se sentir exister *79*

LE REGARD EN THERAPIE PSYCHOMOTRICE **80**
I. LE REGARD DU THÉRAPEUTE **80**
1) Regard empathique, regard bienveillant 80
2) Regard contenant 82
3) S'autonomiser sous le regard du thérapeute 83
II. MON REGARD DE STAGIAIRE **84**
1) Ma rencontre avec le handicap moteur 84
2) Mon regard comme tiers séparateur 85
3) Mon regard de jeune femme 86
4) Ma propre individuation 87

CONCLUSION **88**
BIBLIOGRAPHIE **90**
ANNEXES **94**
GLOSSAIRE **100**

Dans un souci de clarté, les mots référencés à l'aide d'une ***** trouveront leur définition dans le glossaire, en fin de mémoire.

Des annexes viendront également illustrer certaines parties de mon développement.

Enfin, dans l'intention de conserver leur anonymat, les prénoms des deux adolescents présentés dans ce mémoire ont été modifiés.

INTRODUCTION

Mon premier contact avec le handicap moteur remonte à l'été 2014, lors d'un séjour de vacances pour adultes. Riche de cette expérience, le manque de psychomotricité me laissait toutefois sur ma faim. J'ai ainsi orienté mes recherches de stages en fonction de cette population, et de fait intégré un Institut d'Education Motrice. Ce mémoire s'enrichit donc de mon expérience de stage ; mais reste avant tout le fruit des rencontres que j'ai pu faire au sein de cette institution.

J'ai d'abord rencontré Victor en septembre 2015. Problèmes de cœur, disputes entre amis : dès les premières séances, j'ai pu être témoin des nombreuses préoccupations de ce jeune homme. Des préoccupations similaires à celles que je pouvais entendre ou avoir lorsque j'étais moi-même au lycée … Ma rencontre avec Baptiste s'est faite un mois plus tard. Baptiste et son manque visible de confiance en lui, Baptiste et son isolement...

Si je pensais pour mon mémoire me concentrer purement et simplement sur le handicap moteur, l'évidente réalité m'a vite rattrapée. Je n'étais pas seulement face à une population handicapée, mais bel et bien face à une population adolescente. Ce sont mes séances avec ces deux jeunes qui m'ont rappelée à quel point l'adolescence pouvait être une période houleuse, ou la problématique est éminemment corporelle. Le rapport au corps n'est en effet pas chose aisée chez un adolescent : bon gré mal gré, le corps change et se transforme. En outre, la relation aux autres change également, tant dans le cercle familial que dans les relations sociales. L'adolescent aspire ainsi à un besoin nouveau d'autonomie, dans le but de trouver une identité qui lui sera propre.

Dans le handicap moteur, le corps est le premier touché, bien souvent par des stigmates visibles dès le premier regard. C'est effectivement le cas pour Baptiste et Victor : le premier, porteur d'une hémiplégie qui l'oblige à se recroqueviller, le second en fauteuil électrique du fait de son Infirmité Motrice Cérébrale.

La naissance de mon sujet de mémoire prend ainsi corps dans une réflexion cherchant à établir un lien entre l'adolescent porteur d'un handicap moteur, son identité, et son rapport au corps.

Car la question suivante se pose : **comment se construit l'identité de l'adolescent porteur d'un handicap moteur ? Et comment la psychomotricité vient-elle, par son approche globale du sujet, soutenir ce processus d'individuation ?**

Ainsi, il me semblait essentiel de poser dans un premier temps le cadre institutionnel dans lequel j'ai effectué mon stage. Cette structure accueille une population allant de treize à vingt-quatre ans, je décrirai donc par la suite le concept d'adolescence. J'aborderai pour cela les enjeux du processus pubertaire, ainsi que les remaniements psychologiques, qui jouent un rôle prépondérant dans la construction identitaire du jeune. La seconde partie de ce travail sera consacrée à ma rencontre avec Victor et Baptiste, qui sont la source des questionnements qui ont pu donner vie à mon mémoire. Ces deux adolescents étant porteurs d'un handicap, je mettrai en exergue, dans la continuité, la place et la vision du handicap au sein de notre société. Je présenterai également les pathologies qui touchent chacun de ces deux garçons, ainsi que leurs conséquences sur la mise en place chez eux d'une identité solide. Dans une ultime partie enfin, j'évoquerai les interrogations et les hypothèses qu'ont suscitées chez moi les séances passées avec Victor et Baptiste. Pour ce faire, je discuterai de l'importance du regard chez eux en éclairant mes observations et mes questionnements par certains compléments théoriques.

PARTIE 1 : UN STAGE AU CŒUR DE L'ADOLESCENCE …

MA RENCONTRE AVEC L'INSTITUT D'EDUCATION MOTRICE

I. PRESENTATION

J'effectue mon stage au sein d'un Institut d'Education Motrice (IEM) qui reçoit des jeunes en situation de handicap moteur de treize à vingt-quatre ans, avec ou sans troubles associés. Sont accueillis principalement des infirmes moteurs cérébraux (IMC), mais également des infirmes moteurs d'origine cérébrale (IMOC), – je développerai ces notions plus loin dans mon mémoire - des traumatisés crâniens, des hémiplégiques infantiles, des jeunes atteints de syndromes cérébelleux*, d'arthrogrypose* ou de spina bifida*. L'établissement reçoit les jeunes en internat et en externat, du lundi au vendredi.

Cet institut propose aux jeunes de bénéficier d'un parcours de soins élaboré en fonction de leur handicap tout en suivant une scolarité adaptée. Ils sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire qui a pour mission de leur permettre de s'épanouir et de les conduire à l'autonomie.

Pour être admis à l'IEM, les familles doivent solliciter la Maison Départementale des Personnes Handicapées – la MDPH - de leur département. Celle-ci étudiera leur demande, et pourra désigner l'IEM comme établissement d'accueil. Préalablement, l'institut propose une période d'évaluation d'une semaine afin de permettre au jeune et sa famille de connaître au mieux l'établissement. Cela permet aux professionnels d'évaluer les capacités du jeune, afin d'envisager son intégration dans les meilleures conditions et de définir un pré-projet thérapeutique individualisé. L'admission définitive est prononcée par l'IEM, en accord avec le représentant légal et/ou l'intéressé(e).

II. LES OBJECTIFS

Les objectifs de l'IEM sont nombreux. Parmi eux, nous retrouvons l'importance de situer le jeune accueilli au centre d'une logique de prise en charge. Cette dernière se fait en collaboration avec la famille ; afin de favoriser son autonomie, ainsi que son intégration sociale et scolaire. Dans cette optique, sont proposées au sein de l'établissement des

prestations médicales, rééducatrices, éducatives, sociales et scolaires, adaptées à chaque jeune. L'institut déploie des moyens de mises en œuvre d'un projet personnalisé de scolarisation du jeune et favorise la scolarisation en milieu «ordinaire».

L'institut repose par ailleurs sur une prise de conscience généralisée de la nécessité de donner à ces adolescents la garantie de choisir leur projet de vie et de répondre à leurs attentes.

III. LES DIFFERENTS SERVICES : UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

1) Le service administratif

Il veille au bon fonctionnement de l'établissement et à ses bonnes relations avec les partenaires extérieurs.

2) Le service d'entretien

Ce service est chargé de l'entretien des locaux et du cadre de vie. L'équipe se relaie tout au long de la journée pour permettre aux professionnels de travailler dans des conditions optimales.

3) Les services généraux

Le personnel de restauration assure la préparation des repas. En concertation avec l'infirmerie et la commission repas, il veille au respect de la diététique dans l'élaboration des menus.

4) Le service social

Une assistante de service social gère les admissions, les orientations et le service de suite. Elle fait la passerelle entre l'institut et l'extérieur, tant avec la famille qu'avec les structures vers lesquelles s'orientent les jeunes.

5) Le service médical et paramédical

Ce service est composé d'un médecin de rééducation qui coordonne l'équipe soignante. Il est en relation avec d'autres spécialistes extérieurs, coordonne l'action de l'équipe paramédicale et prescrit les différentes prises en charge. Cette dernière est constituée de trois kinésithérapeutes, de deux ergothérapeutes, de deux psychomotriciennes, d'une orthophoniste, d'infirmières et d'aides-soignantes. Les jeunes de l'institut bénéficient tous d'une prise en charge médicale individualisée. Pour chacun, l'équipe définit suivant les bilans cliniques, radiologique, neurologique et fonctionnel établis, un projet thérapeutique. Il se fait en concertation avec le jeune et sa famille.

Ce service dispose de plusieurs suivis :

- **D'un suivi de soins** : une équipe de huit personnes, aides-soignants et infirmiers, assurent les soins, de jour comme de nuit (surveillance des traitements, information, soins post-opératoires, suivi quotidien, surveillance des menus de régime, etc.)
- **D'un suivi en ergothérapie** : deux ergothérapeutes pratiquent les techniques de rééducation utilisant l'activité dans le sens le plus large du terme. L'objectif final est l'autonomie du jeune en vue d'une insertion socio-professionnelle et socio-culturelle.
- **D'un suivi en orthophonie** : l'orthophoniste met en œuvre une technique de rééducation de la parole, du langage et des fonctions supérieures, pour aider le jeune à se corriger. Elle apprécie les possibilités d'acquisition et d'évolution.
- **D'un suivi de rééducation fonctionnelle** : une équipe de trois kinésithérapeutes propose à chaque jeune une technique de rééducation adaptée aux problèmes rencontrés. L'objectif est d'augmenter ou d'entretenir les performances du jeune, voire de trouver des solutions pour accomplir certains gestes de la vie quotidienne.

- **<u>D'un suivi en psychomotricité</u>** : les deux psychomotriciennes interviennent sur les troubles du développement et les désordres psychomoteurs tels que les troubles du schéma corporel, les troubles de la latéralité ou de l'organisation spatio-temporelle. Cette prise en charge permettra aux jeunes de développer des conduites plus adaptées à leur environnement. Les psychomotriciennes les aident, par un travail de stimulation sensori-motrice, à se structurer sur les plans psycho-affectif et cognitif, afin de mettre en place des bases qui permettent et/ou engendrent le développement des apprentissages premiers.

6) <u>Le service de soutien psychologique</u>

Il est constitué par deux psychologues qui proposent aux jeunes accueillis des entretiens individuels. L'objectif est de les accompagner dans la recherche d'un «mieux être», de les aider dans leur démarche d'autonomie et de socialisation.

7) <u>Le service éducatif</u>

Il est composé d'une équipe de dix-huit éducateurs répartis dans différents «groupes de vie» et qui accompagnent les jeunes au quotidien. Leur rôle est d'aider chacun individuellement tout en organisant la vie en groupe. Leurs actions ont pour but le développement de l'autonomie, à la fois personnelle et sociale. En effet, les éducateurs sont présents pour l'aide à l'autonomie personnelle dans les actes de la vie de tous les jours : lever, toilette, repas, déplacements. Mais ils favorisent aussi les échanges et améliorent les capacités de relation pour développer l'autonomie sociale, toujours dans la perspective de la sortie du centre. Lorsqu'il n'est ni en cours, ni en prise en charge, le jeune est sous la responsabilité des éducateurs. Ils proposent diverses activités : sport, jeux de société, jeux électroniques, travaux manuels, musique, théâtre, conversations... Des sorties à l'extérieur sont aussi proposées : rencontres sportives, cinémas, restaurant, expositions, parc d'attraction, visites d'entreprises. Des séjours à thème sont également régulièrement organisés.

8) Le service scolaire

Le service scolaire de la structure propose de suivre une scolarité aménagée au niveau collège, lycée, en section pré-professionnelle ou en section pédagogique et éducative pour la vie sociale. L'équipe enseignante de l'Éducation Nationale propose une pédagogie adaptée (aide aux difficultés spatio-temporelles, créations artistiques, entraînement à différents examens, aide aux devoirs...).Chaque jeune de l'institut est scolarisé, quelque soit son handicap. Le cursus scolaire qu'il suit est adapté à son niveau et à ses possibilités. L'emploi du temps prend en compte les suivis éducatifs et paramédicaux. Les classes ont toutes des effectifs réduits afin de permettre aux enseignants de consacrer le temps nécessaire à chaque jeune et d'élaborer un enseignement individualisé.

a. La section collège-lycée

On y retrouve huit classes différentes pour un effectif de trente-et-un élèves composées :

- D'une CPR (Classe Préparatoire de Remise à niveau) qui accueille des élèves âgés de douze à quatorze ans (voire plus), issus d'établissements spécialisés ou qui ont interrompu leur scolarité pour des raisons de santé. L'objectif est une remise à niveau, en vue de faciliter l'accès en 4ème technologique.
- D'une 4ème technologique, qui permet de renforcer les connaissances en enseignement général et de découvrir les nouvelles technologies.
- D'une 3ème « découverte professionnelle », classe d'examen qui prépare le diplôme national du brevet, mais aussi classe d'orientation.
- D'une seconde et une terminale BEP métiers de la comptabilité qui visent à apporter une formation professionnelle générale et polyvalente permettant l'accès à l'emploi, ou la poursuite d'études vers un bac pro.
- D'une 1ère Bac Pro et de deux terminales Bac Pro, comptabilité ou secrétariat. Les jeunes peuvent ensuite commencer à travailler ou poursuivre avec un BTS, mais à l'extérieur de l'institut.

b. *La Classe d'Insertion Professionnelle et Sociale*

Cette classe permet aux jeunes de préparer leur sortie en rapport avec leur projet personnel, notamment leur intégration en milieu protégé ou l'accès à la vie associative. Cette classe accueille en particulier les élèves dont les difficultés scolaires ne permettent plus la poursuite d'études.

c. *L'unité d'enseignement*

L'unité d'enseignement accueille les jeunes présentant un retard scolaire important, lié à un parcours scolaire irrégulier et à des difficultés d'apprentissage. Le but est de leur donner une culture générale de base et de les préparer à l'avenir.

d. *La Section Pré Professionnelle*

Cette section se divise en quatre classes. L'objectif est de permettre aux jeunes d'acquérir des compétences et des attitudes professionnelles, en vue de se préparer au travail en ESAT ou en milieu protégé, grâce à des stages. Mais l'équipe enseignante a aussi le souci de leur donner une culture générale et d'éveiller leur curiosité intellectuelle. Ces classes sont suivies par des intervenants pluridisciplinaires : des enseignants spécialisés, une équipe d'ergothérapeutes et des professeurs de vie sociale et professionnelle. Les exigences sont adaptées à chacun et certains élèves pourront passer le C.F.G. (Certificat de Formation générale).

e. *La Section Pédagogique et Éducative pour la Vie Sociale*

Cette classe accueille des jeunes atteints de plurihandicap* à partir de douze ans. Le but est de les préparer à l'entrée dans la vie quotidienne et sociale, de développer au maximum leur autonomie et de continuer à travailler en classe pour développer le goût d'apprendre et de communiquer. Leurs journées sont aménagées individuellement, de manière à leur permettre de bénéficier des différentes prises en charge tout en suivant un enseignement

cohérent. Les activités proposées sont des actions concrètes qui servent de support au travail en classe, tout en cherchant à susciter l'intérêt des jeunes.

IV. PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE

1) Au sein de l'institution

Les deux psychomotriciennes de l'établissement sont présentes à temps partiel. Leurs emplois du temps sont organisés de façon à ce que la psychomotricité soit assurée sur tous les jours de la semaine. Ainsi, l'une est présente le lundi, mercredi et vendredi ; la seconde est présente du lundi au jeudi.

Plusieurs espaces sont réservés à la psychomotricité :

- une salle de 35 m² correspondant à un espace de motricité avec une surface de tapis, et du matériel de motricité, ainsi qu'un espace de travail sur table (réglable en hauteur) et un tableau blanc, notamment pour la graphomotricité et le travail sur les fonctions supérieures.
- une salle Snoezelen***** comprenant différentes surfaces - comme des tapis, un matelas à eau, une estrade, un hamac - où les jeunes peuvent s'installer. On peut y retrouver divers modules qui ont pour objectif l'éveil sensoriel, comme un disque à huile, des fibres optiques, une chaîne radio, une colonne à bulles, et un diffuseur d'odeurs.

Ces deux espaces permettent de varier les modalités de prise en charge et d'adapter ces dernières aux problématiques du jeune afin d'y répondre au mieux.

Les prises en charge se font de façon individuelle, ou bien en groupe afin d'établir un espace de relation et d'interaction entre les jeunes. L'aspect groupal prône l'exploration de la communication verbale et non verbale, la stimulation sensorielle, et le phénomène d'identification et d'individuation si prégnant durant l'adolescence. Ces dernières se font pour la plupart en co-thérapie avec d'autres professionnels. Ainsi, j'ai pu participer durant mon stage à un groupe de marche qui a lieu deux fois par semaine au gymnase avec les deux psychomotriciennes et les deux kinésithérapeutes. Le groupe *«feelings»*, basé autour de l'expression des émotions, a également été mis en place par les deux psychomotriciennes et une éducatrice spécialisée. L'encadrement de ces prises en charge par différents professionnels favorise la globalité et la continuité des approches thérapeutiques lors du

déroulement des séances. En effet, la collaboration avec les autres équipes est indispensable pour la cohérence de la prise en charge du jeune. Ainsi des projets communs peuvent être développés entre les services éducatifs, paramédicaux et scolaires, autour d'un échange d'objectifs et de différents points de vue concernant un même jeune.

2) Les missions en psychomotricité

Les jeunes accueillis au sein de l'IEM sont des préadolescents et jeunes adultes présentant pour beaucoup un handicap moteur d'origine cérébrale, entrainant des troubles du schéma corporel et de la latéralité. De ce fait la représentation de leur corps et leur ressentis corporels sont troublés. De là découlent tous les objectifs de travail. Les séances proposent des stimulations variées dans le but que le jeune s'approprie de son corps et qu'il puisse développer des capacités d'adaptation à son environnement.

Ainsi, et face à ces jeunes, la psychomotricité a pour objectif d'intervenir au niveau moteur sur l'équilibre, le tonus, les coordinations et les postures ; au niveau cognitif avec un travail autour de la concentration, de l'attention, ou encore de l'orientation spatio-temporelle. La psychomotricité a également un rôle à jouer au niveau perceptif, avec une prise de conscience du corps au moyen de stimulations sensorielles tactiles, visuelles, kinesthésiques*****, et proprioceptives*****.

Pour travailler sur ces différents axes, la psychomotricienne utilise :

- Des **parcours moteurs**, pour un travail de l'espace cognitif et de la maîtrise de l'espace en fonction des capacités motrices ; mais aussi des coordinations et l'équilibre statique et dynamique.
- Certains **jeux de motricité globale et fine**, dans le but d'utiliser son corps dans sa globalité, de travailler sur la programmation de gestes de plus en plus fins, l'organisation de ses actions motrices globales, la connaissance de son schéma corporel...
- Un **travail postural**, par le ressenti et la prise de conscience d'une posture, des points d'appuis du corps dans différentes positions (allongé, debout, assis), la dissociation des ceintures.
- La **relaxation**, qui constitue un espace de détente, de bien-être et de «corps plaisir». En effet, ces jeunes n'ont bien souvent que des expériences douloureuses avec leur

corps. La relaxation offre par ailleurs un travail sur les troubles de la régulation tonique.

- La **graphomotricité**, qui permet un travail sur la posture en position assise, sur le tonus postural, et la motricité distale. L'intérêt est de développer la notion de plaisir d'écrire et également de travailler la coordination oculo-manuelle chez ces jeunes qui ont pour la plupart des difficultés visuelles importantes.

- **Différentes médiations**, comme la piscine, qui présente un panel d'objectifs très large comme la détente, la découverte de sensations nouvelles - légèreté, températures, flottaison, équilibre, respiration - ; ou encore certaines approches artistiques comme la peinture, la musique, ….

Toutes ces façons d'aborder avec les adolescents l'expressivité et le ressenti du corps, ont pour objectif la revalorisation de leur propre image, parfois entravée par la représentation faite de ce corps handicapé. Le but est d'arriver à prendre plaisir dans l'utilisation du corps dans le temps et l'espace environnant et d'établir des relations appropriées avec l'entourage.

3) Ma place en tant que stagiaire

La psychomotricienne a prévenu les jeunes de ma présence avant mon arrivée, afin de leur demander leur consentement quant à ma participation aux futures séances.

Je suis présente dans l'institution chaque mercredi durant la journée complète de septembre 2015 à juin 2016. Cette journée est très variée quand aux modalités de prises en charge : j'ai ainsi pu participer à plusieurs séances individuelles, aussi bien en salle de psychomotricité qu'en salle Snoezelen, mais également à des séances de groupe grâce au projet *«feelings»* et au groupe de marche précédemment cités[1].

a. Ma place au cours des séances

En fonction des types de séances, et des espaces où elles se déroulent, ma position diffère légèrement. Dans les premiers temps de stage, j'ai estimé plus adéquat d'adopter une position de retrait et de simple observatrice. Je pense notamment aux séances Snoezelen, là ou

[1] *Supra.,* p. 17

l'intime de la relation et du corps sont davantage mis en avant. En revanche, j'ai pu participer d'emblée aux activités proposées en salle de psychomotricité, et mener certaines séances de façon autonome.

J'estime avoir dans ces diveres séances une position d'observatrice, mais également de soutien et d'étayage. En effet, ma présence semble faire tiers dans les relations duelles qu'imposent les séances individuelles.

L'hétérogénéité des prises en charge du mercredi me permet d'observer plusieurs fois les mêmes jeunes dans divers contextes. Je rencontre en effet l'un de mes deux sujets cliniques, Victor, deux fois par jour – en individuel, et dans le groupe marche.

b. *Ma proximité d'âge avec les jeunes de l'établissement*

Cela soulève évidemment un questionnement essentiel avec cette population qui *flirte* entre deux âges ; plus tellement enfants, mais pas encore adultes. La proximité d'âge entre les jeunes et moi peut présenter des avantages. Cela peut éveiller chez certains un élan de maturité psycho-affective, avec des interrogations sur le respect des règles sociales et du statut thérapeute-soigné. Ainsi, un phénomène d'identification peut parfois apparaitre. Cela peut avoir des effets positifs «si elle peut le faire, étant donné qu'elle me ressemble, pourquoi n'y arriverais-je pas ?» mais également susciter chez le jeune l'effet inverse. En effet, le fait de se retrouver face à une personne valide peut renvoyer à un sentiment de culpabilité, d'injustice ou de dévalorisation avec des questionnements rouvrant la blessure narcissique. De fait, je trouve ma position de stagiaire à la fois intéressante mais aussi délicate.

Mon stage s'étant déroulé auprès d'une population adolescente, il me semblait indispensable de poser les jalons théoriques de l'adolescence. En effet, qu'est-ce que l'adolescence ?

UNE POPULATION ADOLESCENTE

Le terme d'«adolescence» est issu du latin *adolescere*[2] qui signifie «grandir». Mille et une définitions caractérisent cette période charnière de la vie, mais elles tendent toutes vers l'idée d'un passage de l'enfance à l'âge adulte. E. Kestemberg répond à cette question par la suivante : «on dit souvent que l'adolescent est à la fois un enfant et un adulte ; en réalité il n'est plus un enfant, et n'est pas encore un adulte.»[3]

Cependant, cette période n'existe pas dans toutes les civilisations. En Grèce Antique, par exemple, le passage de l'enfance à l'âge adulte se faisait par le biais de rituels – l'Ephébie chez les garçons, et les Brauronies chez les filles[4]. L'Ephèbie était une période de service et une initiation constituée de rites de passage, qui permettaient au garçon – l'éphèbe - l'accès à la condition de citoyen et de guerrier. Les Brauronies avaient pour visée la préparation au mariage, signe de l'entrée dans la vie adulte.

En Occident, de nos jours, les rites de passage ont quasiment disparu et les limites entre l'adolescence et l'âge adulte sont devenues floues : ainsi pour certains auteurs elle commence dès l'âge de dix ans alors que pour d'autres elle ne commence qu'avec l'entrée au collège. L'adolescence tend toutefois à devenir de plus en plus longue, ceci pouvant s'expliquer peut être par le temps d'études ou d'apprentissage. Effectivement, là où au XX^{ème} siècle le travail était fréquent chez les jeunes de quinze ans, il n'est pas rare de rencontrer aujourd'hui des étudiants d'une vingtaine d'années vivant encore chez leurs parents. Ce phénomène social amène à réfléchir sur la question d'autonomie, d'autant plus constatable chez des jeunes porteurs de handicap. Ce thème sera développé plus loin dans mon mémoire, car je vais de fait aborder dans un premier temps une période phare de l'adolescence : la puberté, source des changements corporels auxquels va être exposé l'adolescent.

[2] Alvin P. & Marcelli D., 2005, p. 35
[3] Kestemberg E., 1971, pp. 181-197
[4] Article sur le passage à l'âge adulte en Grèce (consulté le vendredi 15 janvier 2016) : http://www.antiquite.ac-versailles.fr/religrec/ritesp2.htm

I. LA PUBERTE COMME PORTE D'ENTREE A L'ADOLESCENCE

1) Des hormones en ébullition

Le concept de puberté est à distinguer de celui d'adolescence. Lorsque le premier évoque les changement physiologiques et somatiques, le second englobe l'intégration de ces nouvelles données dans une recherche d'identité propre. Selon D. Marcelli[5], la puberté correspond à la maturation du système hypothalamo-hypophyso-gonadique. Les modificiations physiologiques sont causées par tout un remaniement hormonal du système endocrinien, lui-même sous le contrôle du système neuro-endocrinien. Ces hormones vont avoir un rôle majeur dans la puberté ; c'est pourquoi il est important d'expliciter leur fonctionnement ci-dessous.

a. Rappel : les systèmes endocrinien et neuro-endocrinien

Le système endocrinien est composé de plusieurs glandes disséminées dans l'organisme. Ces glandes dites endocrines***** sont responsables de la synthèse d'hormones***** dans le milieu intérieur. Ces hormones vont ensuite être véhiculées par le sang pour agir sur différents organes cibles pour réguler de grands processus physiologiques[6].

Le système neuro-endocrinien est situé dans le cerveau. Il est composé de deux structures : l'hypothalamus et l'hypophyse, reliés anatomiquement par la tige hypophysaire. Cet ensemble constitue le complexe hypothalamo-hypophysaire. Ce complexe, situé dans l'encéphale, comprend des neurones dont les corps cellulaires***** sont situés dans l'hypothalamus et une glande endocrine, l'hypophyse antérieure. Sous influence des facteurs extérieurs – humoraux, hormonaux, nerveux -, l'hypothalamus va libérer de façon rythmique dans les capillaires hypothalamo-hypophysaires une neurohormone, la gonadolibérine ou GnRH, qui va stimuler les sécrétions hypophysaires. Sous l'action de la GnRH, l'hypophyse antérieure va sécréter deux gonadotrophines*****, la FSH (Hormone folliculo-stimulante) et la LH (Hormone lutéinisante). Ces hormones libérées dans la circulation sanguine générale vont agir sur des cellules cibles situées dans les gonades*****[7]. Ces dernières sécrètent à leur tour des hormones : les œstradiols chez la femme, et la testostérone chez l'homme. Ces deux

[5] Braconnier A. & Marcelli D., 2013, p. 5
[6] Meunier A., 2005, p. 3
[7] *Ibid.,* pp. 20-27

hormones vont exercer un rétrocontrôle sur le complexe hypothalamo-hypophysaire. Dans le souci de clarifier au mieux les faits que j'expose, un schéma synthétique se trouve en annexe[8].

b. Le rôle des hormones à la puberté

Lors de la période dite pré-pubertaire, la sécrétion de GnRH est faible. Par une cascade d'influences hormonales, la réceptivité de l'hypophyse à la GnRH va conséquemment être faible, et par extension, celle de la gonade à la FSH/LH aussi. Ce faible taux d'œstradiol chez la femme, et de testostérone chez l'homme, maintient l'axe gonadotrope en quiescence, empêchant ainsi la gamétogénèse*****.

La puberté va se déclencher par l'augmentation progressive de la sécrétion par l'hypophyse de deux gonadotrophines FSH et LH. Ces hormones vont stimuler le développement des glandes sexuelles qui vont à leur tour produire de la testostérone chez les garçons et des œstradiols chez les filles.

Le développement de la pilosité, chez les filles comme chez les garçons, est déclenchée par la sécrétion d'hormones androgènes qui seront transformées en testostérone à la puberté. Ces hormones sont sécrétées par les glandes surrénales sous influence de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

La croissance staturale est due à la production importante - par l'hypophyse, stimulée par l'hypothalamus - lors de la puberté d'une hormone de croissance, la Growth Hormone.

Ces modifications hormonales entrainent un changement palpable par l'adolescent. Ce tout nouveau corps, ce corps sexué, capable de procréer, va devoir être adopté, dompté et compris par l'adolescent qui ignore encore tout.

2) Quand le corps se transforme

Les modifications physiques entraînées par ces perturbations hormonales vont donc toucher à la fois la taille, le poids, la musculature, la morphologie et les proportions corporelles ; pour ainsi aboutir au développement complet des caractères sexuels. Les âges marquant le début de la puberté varient selon certains auteurs ; mais certaines statistiques ont

[8] *Cf.* annexe 1

malgré tout permis d'en définir des limites extrêmes : elles s'étendent entre huit et treize ans chez la fille, et entre neuf et quatorze ans chez le garçon[9].

Chez la fille, la croissance débute vers la onzième année. En parallèle, on observe le développement mammaire, puis celui de la pilosité pubienne et axillaire. Ces deux phénomènes constituent l'apparition des caractères sexuels secondaires[10], et surviennent avant la maturation de l'appareil génital, marquée par la ménarche*****. Outre l'apparition de la poitrine, on retrouve une croissance en taille et en poids, avec une modification de la silhouette : les hanches deviennent plus large, la masse adipeuse augmente au niveau du ventre, des hanches, ou encore des fesses. Ces modifications corporelles, qui signent l'accès à la féminité et à la fertilité, sont parfois mal vécues par l'adolescente.

La puberté apparait plus tardivement chez les garçons : c'est autour de la treizième année que débute la poussée de croissance, avec l'apparition des caractères sexuels secondaires. On constate le développement des testicules et de la verge – les organes génitaux externes – ainsi que l'apparition de la pilosité pubienne et axillaire. Ces modifications physiques sont accompagnées de la spermarche*****.

Ces changements, plus ou moins visibles physiquement, entrainent de fait chez l'adolescent une perturbation dans la relation à son propre corps. Ce dernier est décrit par C. Potel comme un «corps qui se transforme, qui démange, et qui change. Corps qui agit impulsivement et vient barrer la route à la pensée. Corps siège d'éprouvés étranges. Corps excité, à fleur de peau. Corps en relation, si sensible, en double adhésif ou en haine ravageuse. Corps porte-parole d'une identité mise à mal, qui s'effrite au moindre coup de blues. Corps porte-parole d'une souffrance sans nom. Corps bannière qui clame sa seule appartenance au corps adolescent.»[11]

Ces bouleversements vont être à la base du profond remaniement identitaire qui touche l'adolescent. Ces modifications corporelles provoquent chez lui une perte de repères, et peuvent de fait être source d'un mal-être et une perte d'estime de soi. En effet, selon F. Richard, «le sentiment d'identité de l'adolescent ne peut être ni celui d'un enfant, ni celui d'un adulte. Cela entraîne une sensation de vide et le recours à des identifications changeantes.»[12]

[9] Coslin P., 2002, p. 19
[10] *Ibid.*, p. 18
[11] Potel C., 2015, prélude, p. 15
[12] Richard F., 2013, p. 21

II. LE CORPS ADOLESCENT

Dans l'abandon de son corps juvénile, qui menace son identité, l'adolescent se retrouve confronté à un corps nouveau qu'il ne connait pas, d'aspect si différent, et qu'il va devoir apprivoiser et apprendre à aimer[13]. Selon P. Mazet, le corps devient donc fief d'une ambiguïté, oscillant entre «ce qu'il y a de plus intime et de personnel, et ce qui demeure toujours quelques peu extérieur et étranger.»[14]. Dans cette optique, il m'a semblé important d'aborder les notions de schéma corporel et d'image du corps, ô combien chamboulées en cette période adolescente.

1) Schéma corporel et image du corps : apports théoriques

L'image du corps est une notion à la fois distincte et intimement liée à celle de schéma corporel. Toutefois, par les multiples évolutions et définitions que se sont vus attribuer ces termes, je ne me limiterai qu'à l'étude des théories fondatrices.

a. Le schéma corporel

P. Schilder, l'un des précurseurs de cette notion, définit le schéma corporel comme «l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même»[15]. Il met en avant l'interrelation entre les mouvements du corps et la perception de ces derniers dans une construction réciproque permanente du schéma corporel. Ici, le schéma corporel est assimilable à un schéma anatomique et fonctionnel du corps, qui se constitue grâce aux expériences motrices vécues. Le schéma corporel est en principe identique chez tous les individus d'une même espèce.

J. de Ajuriaguerra complète la définition du schéma corporel de P. Schilder en introduisant le processus sensitivo-perceptif de sa mise en place. Ainsi, le définit-il de cette manière : «Edifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données

[13] Birraux A., 1994, p. 28
[14] Mazet P., 2004, p. 22
[15] Schilder P., 1968, p. 35

actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification»[16].

F. Dolto décrit quant à elle le schéma corporel comme une «réalité de fait»[17], véritable expression de l'intégrité organique de notre corps aussi bien sur un plan cénesthésique*****, que sensoriel, kinésthésique, ou encore lésionnel. Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de son espèce : il est identique à tous.

De façon plus générale, le schéma corporel représente donc une réalité physique, un modèle perceptif du corps en permanentes construction et évolution. Identique à tous les individus, ce schéma se construit par l'apprentissage et les expériences vécues depuis la petite enfance, et permet la délimitation corporelle ainsi que la localisation des stimulations et des attitudes en conséquence.

Comme je le disais, le schéma corporel reste lié de façon intime à une deuxième notion qui me paraît primordial d'aborder : celle de l'image du corps.

b. L'image du corps

Sans la dissocier complètement de celle du schéma corporel, P. Schilder introduit en 1935 la notion d'image du corps et la définit comme «la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes»[18]. Ce n'est que plus tard que F. Dolto fera la distinction entre ces deux concepts. Elle définit l'image du corps comme étant la «synthèse vivante de nos expériences vécues émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles.»[19] F. Dolto discerne trois modalités d'une même image du corps :

- **L'image de base** : elle permet à l'enfant de ressentir une «mêmeté d'être», une continuité narcissique et spatio-temporelle malgré les changements environnementaux. De là, naît pour l'enfant la garantie d'une sécurité de base d'exister, et le sentiment de continuité.[20]

[16] Ajuriaguerra J., 1974, p. 239
[17] Dolto F., 1984, p. 18
[18] Schilder P., 1968, p. 35
[19] Dolto F., 1984, p. 22
[20] *Ibid.*, p. 50

- **<u>L'image fonctionnelle</u>** : elle correspond à «une image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir» par le biais du mouvement et de la relation au monde extérieur[21].

- **<u>L'image érogène</u>** : elle traduit les parties du corps où naît la dualité plaisir/déplaisir dans la relation à autrui[22].

Ces trois «fragments» d'image constituent ainsi l'image du corps définie par F. Dolto. A l'inverse du schéma corporel, cette construction psychique imaginaire fondatrice de notre identité est personnelle et inconsciente.

Ces deux auteurs s'accordent donc pour attribuer à l'image du corps l'impact libidinal et socio-psychologique dans sa construction. L'image du corps serait donc en résumé la réalité psychique du sujet liée à son histoire. Elle se structure au travers des expériences, dans la rencontre et la relation à l'autre. Egalement en perpétuel remaniement – à l'instar du schéma corporel -, l'image du corps est pour sa part éminemment inconsciente et propre à l'individu lui-même.

Comme je l'ai dit en préambule, l'image du corps et le schéma corporel, bien qu'étroitement liés, sont deux concepts distincts. Si comme le dit F. Dolto, le schéma corporel est «l'interprète actif ou passif de l'image du corps»[23], et que «c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui»[24], il reste cependant primordial de souligner qu'il est possible d'avoir un schéma corporel pleinement intégré et une image du corps pathogène ; ou inversement.

A l'adolescence, ces deux concepts se retrouvent particulièrement perturbés, voire mis à mal. Dans la continuité d'aborder ce nouveau corps, je vais dans la sous-partie qui suit expliciter le vécu des modifications corporelles chez le jeune adolescent.

[21] *Ibid.,* p. 55
[22] *Ibid.,* p. 57
[23] *Ibid.,* p. 22
[24] *Ibid.,* p. 23

2) Les chamboulements corporels et la découverte de la sexualité : entre narcissisme et tabou du corps

a. Ce nouveau corps, exhibé ou caché

Dans mes recherches, j'ai pu constater que P. Schilder mettait en avant une notion constitutive de l'image du corps que ne relève pas F. Dolto : celle de la beauté. Selon lui, «notre propre beauté ou laideur figurera non seulement dans l'image que nous avons de nous-mêmes mais aussi dans celle que les autres ont de nous et qui nous sera renvoyée»[25]. Cette définition est d'autant plus vraie à mes yeux en cette période qu'est l'adolescence, où l'importance du regard est au premier plan. Comme le dit C. Potel, «le corps devient l'instrument de la différenciation et de la lutte pour l'identité.»[26] Ce corps changé est exposé et mis à nu face au regard propre de l'adolescent, mais aussi à celui de son entourage. L'apparence physique et l'image que renvoient l'adolescent prennent alors toute leur ampleur.

Le miroir va alors devenir le témoin de ces changements corporels : tantôt l'ami devant lequel le jeune se tourne par un intérêt exagéré à l'égard du corps - esthétisme, propreté, préoccupation pour telle ou telle partie du corps - tantôt l'ennemi qu'il fuit, par crainte, ou par désintérêt apparent total[27]. Durant cette période, c'est un remaniement complet de l'image du corps qui s'opère. Impuissant face aux modifications corporelles, l'adolescent se perd, se recherche, notamment au travers du regard des autres.

De fait, les transformations physiques peuvent être source de fierté ou à l'inverse, de sentiments d'imperfection et d'insuffisance. Les sentiments de bizarrerie et d'étrangeté ne sont pas rares : passagèrement, le corps n'est plus un repère spatial fiable, il ne répond plus comme avant, n'est plus comme avant. Ainsi se forge une rupture dans le sentiment de continuité et d'identité. Comme le souligne C. Potel, l'adolescent peut se sentir dépersonnalisé, ressentant un «sentiment d'inquiétante étrangeté». «Un autre est là, doté d'un corps tout aussi étrange et inquiétant de par l'attraction qu'il provoque et avec lequel, bon gré mal gré, il faudra faire...»[28]

Au-delà des changements corporels, l'adolescent va être également en proie à l'apparition d'un corps sexué. Avec ce dernier, va s'adjoindre l'apparition de la sexualité et la

[25] Schilder P., 1968, p. 280
[26] Potel C., 2015, p. 75
[27] Birraux A., 1994, p. 30
[28] Potel C., 2015, préface, p. 13

résolution du complexe d'Oedipe. Cette période est essentielle : en effet, ce complexe a une visée structurante, et va amorcer chez l'adolescent le processus de différenciation.

b. La sexualité

La puberté va ainsi signer la fin de la période de latence décrite par S. Freud. Cette période sous le signe de la contradiction, voit, avec l'arrivée de la puberté, ressurgir le complexe d'Œdipe, si ce dernier n'a pas été résolu durant l'enfance.

Dans un premier temps, le jeune enfant va s'identifier de façon naturelle au parent du même sexe. C'est le premier objet d'amour. Ce jeu identificatoire est essentiel car il va permettre à l'enfant de «grandir comme». Puis va apparaitre le complexe d'Œdipe, véritable processus identificatoire au sentiment amoureux : l'objet d'amour du jeune enfant va devenir le parent du sexe opposé. S. Freud émet l'hypothèse que la période de latence survient après l'échec du complexe, sous le «rejet» de cet amour par le parent[29].

A l'adolescence, cette phase oedipienne va se rejouer. «En proie à ses pulsions, l'adolescent doit rejeter ses parents dont la présence réactive les conflits oedipiens et le menace d'un inceste maintenant réalisable»[30] : l'adolescent va alors se retrouver confronté à l'interdit de l'inceste ; contre lequel il va devoir lutter afin de l'intégrer.

Les nombreux chamboulements sur les plans physique et sexuel vont mettre en doute la fiabilité du corps, qui échappe au contrôle de l'adolescent. Vont alors s'éveiller chez ce dernier tout un tas de questionnements et de pensées sur la «mêmeté d'être» dont parle F. Dolto. Là où toutes les certitudes de l'enfance s'effritent, l'adolescent va alors s'élancer dans une recherche acharnée de repères sur lesquels il pourra se construire une identité stable.

[29] Freud S., 1985, p. 117
[30] Braconnier A. & Marcelli D., 2013, p. 15

III. REMANIEMENTS PSYCHOLOGIQUES : UNE QUETE IDENTITAIRE

1) Qu'est-ce que l'identité ?

J. Selosse définit l'identité comme «processus actif, affectif et cognitif, de représentation de soi dans son entourage associé à un sentiment subjectif de sa permanence. Ce qui permet de percevoir sa vie comme une expérience qui a une continuité et une unité et d'agir en conséquence.»[31]

Si l'identité reste un sujet vaste et complexe, que je n'aurai la prétention de balayer dans sa totalité, il me semble pourtant inévitable d'aborder la question de sa construction sans évoquer le processus de séparation/individuation décrit par D.W. Winnicott. La construction identitaire se met en place dès les premiers instants de la vie. En effet, à la naissance, l'enfant ne se distingue pas des autres. La mise en place du Moi va débuter par la différenciation entre lui et sa mère. Les bons soins prodigués par elle-ci, et sa capacité à être «suffisamment bonne» vont permettre au nourrisson d'intégrer un «moi individuel»[32]. Ces soins constituent ce que D.W. Winnicott appelle le *holding* et le *handling*. Le *holding* correspond à l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques. En d'autres termes, il s'agit du portage psychique de l'enfant. Le *handling* correspond aux manipulations de l'enfant. D.W. Winnicott parle de portage physique. De fait, «la mère qui apporte une protection du moi suffisamment bonne […] permet à l'être humain nouvellement créé d'édifier une personnalité sur le mode de continuité d'existence.»[33]

L'adolescence met de nouveau en jeu ce processus de séparation et d'individuation. Dans ses transformations pubertaires, le sentiment d'existence va être mis en doute, et le jeune va avoir besoin de nouvelles identifications. Il va alors se rapprocher de groupes de pairs afin de trouver sa propre personnalité. Pour cela, il va s'éloigner progressivement du groupe familial au profit d'un nouveau.

[31] Selosse J., 1991, p. 360
[32] Winnicott D.W., 1992, p. 61
[33] *Ibid,* p. 15

2) La distanciation parentale comme processus de séparation, d'individuation et d'autonomisation

Dans une recherche d'autonomie, l'adolescent s'oppose à son besoin de dépendance au cercle familial de son enfance. A. Braconnier et D. Marcelli[34] explicitent ce paradoxe de séparation/dépendance, d'abord développé par P. Blos dans son livre *Les adolescents, essais de psychanalyse*. Dans un premier temps, le besoin de séparation va être manifesté est marqué par la déception par rapport aux parents qui «traduit le travail de désidéalisation parentale auquel l'adolescent doit s'affronter.» : les parents deviennent sujets de désillusion. L'image parentale va être totalement dévalorisée, sans pour autant être détruite. Cette dernière sert en effet d'assise identitaire sur laquelle le jeune a besoin de s'appuyer tout au long de sa vie d'adulte, mais il nécessite par ailleurs de nouveaux modèles identificatoires externes à la famille. Il est important, pour le bon déroulement du processus d'individuation, que les parents acceptent cette séparation physique et relationnelle. Le besoin de dépendance contraste avec celui de séparation. Exprimé moins directement, ce besoin marque la nécessité pour l'adolescent d'être rassuré, accompagné, choyé. Le conflit permanent de séparation/dépendance déclenche alors des comportements agressifs qui peuvent être entendus comme des moyens de lutter contre ce besoin de dépendance.

De nouveau s'exprime l'ambiguïté dans laquelle se trouve l'adolescent. Ce dernier hésite entre l'envie d'appartenir au monde des adultes, et la peur de délaisser celui de l'enfance par crainte de perdre son identité.

Dans ce processus de séparation-individuation, l'appartenance à un groupe va avoir son importance, afin d'aider l'adolescent à se forger une identité extérieure à celle du cercle familial.

3) L'importance du groupe : un enjeu social

Le terme de groupe, issu de l'italien «*groppo*» ou «*gruppo*», provient initialement des beaux-arts. Ce terme était, d'après J.-Y. Martin et D. Anzieu, employé pour désigner «plusieurs individus, peints ou sculptés, formant un sujet»[35]. Ce n'est qu'au XVIII^{ème} siècle que la notion de groupe exprimera l'idée d'une réunion de personnes, d'«un ensemble distinct

[34] *Ibid.*, pp. 449-451
[35] Anzieu D., Martin J-Y., 1968, p. 17

de choses ou d'êtres de même nature, réunis dans un même endroit»[36]. Comme dit précédemment, l'adolescent a besoin de repères externes au cercle familial. D'après une étude menée par M. Choquet et H. Menke, près de 40% des jeunes adolescents se disent appartenir à une «bande»[37]. Afin d'apporter un éclairage sur cette notion de bande et d'en comprendre les enjeux, je vais reprendre la classification des différents groupe proposée par J-Y. Martin et D. Anzieu. Nous retrouvons ainsi cinq distinctions de groupes :

- **La foule[38] :** correspond à la réunion plus ou moins volontaire de plusieurs individus dans un même endroit. Chacun vise à satisfaire une motivation individuelle, et les contacts interpersonnels sont rares.

- **Le groupement[39] :** contrairement au mouvement de foule, le groupement réunit des personnes pour répondre à un intérêt commun. Les contacts entre les membres sont inexistants en dehors de ces regroupements.

- **Le groupe primaire, ou restreint[40] :** comme son nom l'indique, le nombre de membres est restreint : chacun a une perception individualisée des autres et inversement. Ici aussi, les buts sont identiques. Les membres partagent des valeurs communes.
- **Le groupe secondaire, ou organisation[41] :** il s'agit d'une sorte de système social fonctionnant selon des institutions et s'organisant autour d'objectifs précis. Les relations entre les protagonistes y sont plus formelles.

- **La bande[42] :** dans la bande, les individus se réunissent de leur plein gré, dans le but d'être ensemble, à la recherche du semblable. Cette catégorie de groupe correspond à celle que recherche l'adolescent.

Ce groupe social, la bande, permet à l'adolescent de s'identifier mais également de se distinguer, et ainsi de «se faire reconnaître en tant qu'être unique»[43]. G. Moser définit l'individuation comme une «recherche de singularité psychologique et d'autonomie qui

[36] Merlet P., 2005, p. 528
[37] Choquet M. & Menke H., "Enquête Inserm sur la santé de 1500 jeunes de troisième et quatrième", département des Hauts-de-Seine, 1990
[38] Anzieu D., Martin J-Y., 1968, p. 29
[39] *Ibid.*, p. 35
[40] *Ibid.*, p. 36
[41] *Ibid.*, p. 40
[42] *Ibid,* p. 32
[43] Aebisher V. & Oberle D., 2007, p. 70

s'opère au cours de la socialisation.»[44] Au sein du groupe, le jeune est à la recherche de la ressemblance et de la distinction avec ses pairs. L'adolescent se voit dans l'autre et se construit avec l'autre.

Ainsi l'on peut caractériser cette période d'essentielle pour l'adolescent dans sa quête identitaire. La séparation de la famille est inévitable, afin de se forger une place au sein de la société.

Transformations physiques, nouveau rapport au corps, perte de repères, apparition de la sexualité, distanciation familiale et rencontre des pairs ; telles sont les nombreuses étapes que doit franchir le jeune dans cette période charnière qu'est l'adolescence. Ce sont ces mêmes étapes que je peux voir traversées par les jeunes de l'IEM. Toutefois, ma rencontre avec deux d'entre eux – Victor et Baptiste - m'a amenée à me poser une question nouvelle, qui fait l'objet de ce mémoire. Dans ce rapport au corps déjà difficile, qu'en est-il donc du vécu de l'adolescence et de la construction identitaire chez les jeunes porteurs d'un handicap moteur ?

[44]Moser G., 1991, p. 376

PARTIE 2 : VIVRE UNE ADOLESCENCE SOUS LE SCEAU DU HANDICAP

MA RENCONTRE AVEC DEUX «ADO-NAISSANTS»

Victor et Baptiste sont deux adolescents de seize ans lorsque je les rencontre pour la première fois en septembre 2015. Ces deux jeunes sont, comme j'ai pu l'expliquer, à l'origine de mon questionnement sur la construction identitaire chez l'adolescent porteur d'un handicap moteur. Ainsi que je l'ai démontré ci-dessus, l'adolescence est une période tumultueuse ou les chamboulements corporels son nombreux. En apprenant à les connaitre, j'en suis venue à me questionner sur l'impact que pouvait avoir leur handicap – ce dernier touchant majoritairement le corps – sur leur construction identitaire. Ces deux garçons, pourtant du même âge et atteints d'une pathologie similaire, m'ont marquée de par leurs différences. Je vais donc mettre en avant ces dernières, notamment en racontant ma première rencontre avec chacun ainsi que mon année passée avec eux. J'exposerai ensuite les questionnements qu'ils ont pu susciter en moi et éclairerai cela par des apports théoriques. Les différents éléments qui vont suivre dans cette première partie seront de fait issus de leur dossier médical, des bilans psychomoteurs, et de mes propres observations.

I. PRESENTATION DE VICTOR

1) Notre première rencontre

Je rencontre Victor pour la première fois lors de ma deuxième venue à l'IEM. Nous avons rendez-vous ce jour-ci en salle Snoezelen. Il arrive à l'heure devant la salle de psychomotricité. Je découvre alors un jeune homme à lunettes brun, les cheveux ébouriffés, la veste de sweat mal ajustée, et un jogging réhaussé de converses noires. Affalé dans son fauteuil électrique, il me donne l'impression de s'être réveillé la minute d'avant.

En voyant Karine, la psychomotricienne, son visage s'anime : il lui sourit en la saluant joyeusement. Elle me présente ensuite à lui, il me répond sur un ton courtois mais succint. Je le sens brutalement sur la réserve, mais il accepte tout de même ma présence aux séances. Je trouve d'emblée cette démarche courageuse ; en effet j'expliquais plus haut qu'à l'adolescence le regard des autres est primordial, et être exposé à un nouveau regard n'est pas chose aisée pour tout le monde.

Nous prenons tous les trois le chemin de la salle Snoezelen. Sur le trajet, la psychomotricienne et Victor discutent de la semaine passée. Pour cette première rencontre, je ne sais pas trop où me positionner. Je marche donc, silencieuse et attentive. Une fois arrivés dans la salle, ma maitre de stage questionne Victor sur ses envies du jour. Il choisit donc l'endroit où s'installer, autrement dit le matelas à eau.

Avant de l'installer, elle commence par lui enlever ses chaussures et les orthèses qui maintiennent ses membres inférieurs. Maladroitement, je lui demande s'il souhaite de l'aide pour la seconde jambe. Il accepte, toujours laconique mais poli. J'ignore si la position que j'adopte est la bonne : aurais-je dû rester sur le côté pour cette toute première rencontre ? J'aide la psychomotricienne à mettre le lève-personne en place. Victor semble s'amuser à être dans les airs «youhou, je vole !!» dit-il sur un ton enjoué.

Une fois allongé sur le matelas à eau, Karine lui propose de choisir les stimulations. Il choisit une musique, et demande à allumer le disque à huile, la tour à bulles et les fibres optiques. Après installation et quelques instants de silence, Victor se dit préoccupé. Je décide pour le coup de rester purement en observation, ne voulant pas intruser le climat de confiance installé entre ma maitre de stage et le jeune. Je l'observe déverser ses inquiétudes, et je suis attentive aux capacités d'écoute de ma maitre de stage, à sa façon de rebondir sur ce que dit Victor. Elle lui conseille a plusieurs reprises de tenter d'éloigner ces pensées le temps de la séance, et de se concentrer sur ce qui lui fait du bien.

Malgré l'atmosphère douce et reposante qui règne dans la salle, Victor n'arrive pas à fermer les yeux. Il verbalise : «quand je les ferme, j'ai plein d'images dans ma tête alors je garde les yeux ouverts pour les empêcher d'arriver». Les conseils et les stimulations de Karine paraissent toutefois l'apaiser, car il cesse de parler et sa respiration semble ralentir.

A la fin de la séance, elle demande à Victor de mettre en mots les effets que lui a procuré la séance, et comment il se sent à présent. Il revient alors sur ses préoccupations du début : Victor parait submergé, envahi par ses émotions, il parait avoir du mal à prendre du recul sur ce qui lui arrive. C'est en somme ce qui me marquera le plus chez ce jeune : la difficulté apparente à mettre à distance ses émotions.

2) La consultation du dossier médical

Ce n'est qu'après notre rencontre que j'ai décidé d'aller consulter le dossier médical de Victor. J'avais effectivement pris ce parti, afin de ne pas étiqueter une pathologie avant

même de rencontrer la personne. Ma démarche est en effet de garder en tête qu'il s'agit d'adolescents avant d'être des personnes porteuses de handicap. Dans le dossier, j'apprends donc que Victor est un jeune homme de seize ans présentant une Infirmité Motrice Cérébrale liée à une naissance prématurée, associée à des troubles d'apprentissages, à une dyspraxie* visuo-spatiale[45] et à de gros troubles neuro-visuel. Victor présente une quadriplégie spastique déambulante, et est relativement fatigable. Dans le souci d'une meilleure compréhension, j'expliciterai cette pathologie plus loin dans mon écrit.

3) Le projet thérapeutique mis en place, et ses évolutions

Le premier bilan effectué en 2013 révèle chez Victor de grosses difficultés aux niveaux moteur et tonique du fait de son handicap. Ses principales difficultés se situent au niveau graphique, et au niveau de l'organisation spatiale sur un support en deux dimensions. La prise en charge en psychomotricité a donc été dans un premier temps envisagée principalement pour travailler sur la conscience de son corps et son investissement, au travers de méthodes de relaxation et de détente, dans le but d'une approche du corps comme source de plaisir, et non plus d'un corps douloureux du fait de son handicap.

Cependant, à la fin du premier trimestre, nous avons remarqué de grandes difficultés pour Victor à gérer ses émotions, se montrant très sensible à tout ce qui l'entoure. Bien souvent, il se laisse envahir par ses inquiétudes de jeune adolescent, qui mobilisent toute son énergie. Un rappel du cadre est alors nécessaire. Pour cela, le projet thérapeutique à été complété, dans le but d'aider Victor à se poser et à mieux canaliser ses ressentis. Il s'est montré en ce début d'année scolaire très sensible aux exercices de relaxation, qui lui permettent de lâcher prise plus aisément et de mieux se recentrer sur soi, c'est pourquoi nous avions décidé que les séances motrices seraient alternées de séances de relaxation, à raison d'une semaine sur deux pendant une heure. Ce rythme a été adopté pendant plusieurs semaines. Malheureusement, la salle Snoezelen n'a plus été accessible en janvier : nous avons donc décidé avec Karine de maintenir le travail autour des émotions, à partir de supports matériels.

[45] Ce terme apparaît comme tel dans le dossier médical. Je note toutefois que dans le cadre d'une infirmité motrice cérébrale, nous ne pouvons pas réellement parler de dyspraxie. En effet, la dyspraxie est un trouble développemental, ce qui n'est pas le cas des troubles praxiques des enfants IMC.

4) Séances

a. De septembre à décembre : Victor ou le Spleen baudelairien

Durant ce premier trimestre, j'ai appris à connaître Victor. J'ai alors découvert un jeune qui, malgré un air jovial et une tendance à se mettre en avant, semble vouloir installer une distance avec lui-même. Victor est un jeune très social, blagueur, qui n'hésite pas à prendre régulièrement la parole lorsqu'il se trouve en groupe, ni à s'imposer face aux autres, comme dans l'envie d'attirer le regard sur lui. A l'inverse, lorsqu'il est seul, Victor affiche une mine renfrognée, et écoute de la musique, le casque vissé sur les oreilles, et les yeux dans le vague. C'est cette ambivalence qui m'a interpellée chez ce jeune ; à l'instar des poèmes de Baudelaire – que m'ont évoqués ces changements apparents d'humeur – Victor me donnait l'impression de fonctionner en dents de scie. Dès la première séance, comme j'ai pu précédemment la décrire, Victor m'a dévoilé ses difficulés apparentes à prendre de la distance avec les évènements qui le touchent, et sa tendance à se laisser submerger par des pensées parasites et négatives. Il s'agit par ailleurs d'un jeune très égocentré, qui, tel le jeune enfant, manifeste une tendance à projeter les mauvaises choses pour ne conserver que les meilleures, avec un visible manque de remise en question. J'ai ainsi souhaité décrire les trois séances de décembre que nous avons passées avec Victor sur les émotions, qui pour moi ont été très révélatrices de son fonctionnement de pensées.

Nous nous sommes appuyées Karine et moi, sur un projet de concours organisé sur le thème de la COP 21. Ce dernier, organisé par la Croix Rouge, avait pour objectif de réaliser un montage photo fait à l'ordinateur sur le thème suivant : «quel serait le monde idéal du futur selon vous ?». Plusieurs établissements ont participé, aussi bien des collèges et des lycées que des institus spécialisés. Onze des jeunes de l'IEM, dont Victor, ont participé et ainsi remporté le premier prix. Le lendemain du verdict, Victor vient nous annoncer la bonne nouvelle, visiblement très fier d'eux. Nous décidons donc de mener les trois prochaines séances non pas en salle de psychomotricité, mais au sein même du lycée, où sont exposés les onze tableaux du concours. Chaque tableau représente un paysage, et est accompagné de la photo du jeune l'ayant réalisé.

L'exercice pour Victor a été dans un premier temps de décrire chaque tableau en indiquant les paysages représentés et les éléments les constituants, dans l'intérêt de travailler son attention et la perception visuelle. Il lui fallait ensuite décrire l'attitude de l'auteur du tableau, et l'émotion qu'il semble éprouver, afin de travailler la notion d'empathie. Enfin,

Victor devait exprimer les émotions que lui évoquaient les tableaux, à l'aide des cartes «*Feelings*» - illustrant chacune une émotion – en justifiant son choix.

Victor est en mesure de décrire les tableaux dans leur globalité. Il peut avec justesse décrire et interpréter l'attitude des jeunes en photo. Lorsque la psychomotricienne lui propose de reproduire l'expression faciale du jeune, Victor manifeste quelques difficultés. Il est en capacité de donner son impression et son ressenti face à chaque tableau, «comme un juge qui ne connait pas les participants», selon ses dires. J'ai remarqué par ailleurs que Victor manifestait son étonnement face à quasiment chaque production «je suis étonné car quand je vois les difficultés qu'il/elle a, je ne m'attendais pas à ce que ça soit réussi», excepté la sienne. Cela suscite alors plusieurs questionnements chez moi : cherche t-il à mettre la distance avec ses propres difficultés ? Met-il celles des autres en avant afin d'estomper un peu plus les siennes ? Ces interrogations me sont déjà apparues lors de précédentes séances, notamment au sein du groupe marche durant lequel il est arrivé à plusieurs reprises que Victor me parle de ses problèmes en rejetant systématiquement la faute sur les autres.

b. <u>De janvier à avril : le déluge des émotions</u>

A son retour de vacances, Victor semble être toujours en proie à ses ruminations. Il s'est montré à plusieurs reprises agressif, aussi bien au sein de sa classe qu'en prise en charge. Scarifications, coups de tête donnés au mur : tel paraît vouloir s'exprimer le désir cinglant de se sortir quelque chose de la tête, de s'exorciser d'un mal interne. Ainsi, Karine et moi avons donc décidé de poursuivre le travail entamé sur les émotions.

Lors de la première séance, Victor arrive complètement décoiffé. Cette négligence, que j'avais pu constater le jour de notre rencontre, se répètera quasiment à chaque semaine. Après l'avoir accompagné dans sa chambre afin de se peigner, nous sommes remontés en salle et installés au bureau. Ce jour-là, nous choisissons de passer par un jeu de mimes d'émotions et d'états. De premier abord réticent, Victor se prend vite au jeu. Toutefois, le premier mime, la colère, provoque chez lui certaines réactions de prestance. Rires gênés, visage caché : la difficulté à se mettre en scène semble belle et bien présente pour Victor. Malgré cela, Victor poursuit le jeu avec entrain, et poursuit sur un second mime. Cette fois-ci, il parvient avec moins de gêne à nous faire deviner la timidité. Pour cela, Victor décide d'enfouir sa tête dans sa capuche, comme pour ce cacher une fois encore. L'idée de vouloir se mettre à l'abri des regards s'exprime très bien dans ce mime, ce que je trouve positif. Pour clore la séance, nous proposons d'étaler les cartes émotions sur la table. Il nous faut choisir

une ou plusieurs émotions qui évoquent notre état du moment. Victor opte donc pour quatre cartes, désignant respectivement la colère, le dégout, la tristesse et inquiétude. Lorsque nous lui demandons de justifier son choix, il tente de nous expliquer que cela est en rapport à ses histoires. Il verbalise alors : «vous savez sûrement de quoi je parle». Je remarque qu'il est fréquent pour Victor de fonctionner dans un système projectif, ici en attribuant des pensées à Karine et moi. Nous lui signalons donc qu'il vaut parfois mieux que les explications viennent de lui. Nous rappelons également qu'il est essentiel d'exprimer ce que l'on ressent, car les gens ne sont pas forcément disposés à deviner nos pensées et nos états d'âme.

Cette première séance a mis en lumière les difficultés pour Victor a devoir mimer des émotions sous le regard de quelqu'un d'autre. De plus, son choix dans les émotions signe l'omniprésence de ses ruminations et sa difficulté à s'en défaire. Enfin, le mal que semble présenter Victor à pouvoir imaginer que quelqu'un puisse penser autrement est un nouvel axe sur lequel nous allons travailler dans les prochaines séances. Cette tendance à attribuer ses propres pensées aux autres corrobore mon hypothèse sur le fonctionnement projectif de Victor.

II. PRESENTATION DE BAPTISTE

Baptiste a seize ans lorsque je le rencontre pour la première fois en septembre 2015. Les différents éléments qui vont suivre sont issus, tout comme pour le cas de Victor, de son dossier médical, du bilan psychomoteur, et de mes propres observations.

1) Notre première rencontre

Pour la première séance, Baptiste n'est pas à l'heure. Nous partons dans l'IEM à sa recherche, personne ne l'a vu de la matinée. «Il doit se déplacer comme une ombre !», me dis-je. Nous finissons par le retrouver seul, dans un couloir du lycée. Karine l'interpelle. Il vient à notre rencontre. Face à ce jeune homme blond à lunettes, je suis obligée de lever la tête pour lui parler tant il est grand, et mince. La première image qui me vient est celle d'un phasme aux membres repliés sur lui-même. Impression fugace. La psychomotricienne lui explique que nous aurons dorénavant rendez-vous tous les mercredis à cette heure-ci. Je me présente, et signale ma présence à toutes les séances jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Une fois arrivés dans la salle, ma maitre de stage invite Baptiste à retirer son manteau, ce qu'il fait avec lenteur. Elle nous propose de nous installer au tapis. Une fois assis, elle demande à Baptiste si ma présence ne le dérangera pas durant nos séances, ce à quoi il répond non, sans grande conviction. J'observe son grand corps courbé qui me donne l'impression de ne pas être à l'aise. Baptiste paraît ne pas savoir quoi faire de ses longs membres. Me revient en tête l'image du phasme. Il s'assoit dans un premier temps en tailleur, puis ramène difficilement ses jambes sur le côté. Cette position l'amène à se vouter encore plus, nous empêchant de capter son regard sans cesse dirigé vers le sol. Karine l'invite plusieurs fois à nous regarder, particulièrement pendant le jeu «Ni oui Ni non» où il est primordial de questionner l'autre joueur en le regardant dans les yeux. Il se redresse avec un effort qui reste éphémère, ce qui entraine la psychomotricienne à le solliciter de nouveau. Baptiste me parait fatigable, ne pouvant tenir son axe en position assise que sur une courte durée. Karine lui propose donc un soutien au niveau du dos, grâce à un gros «pouf» qu'elle place derrière lui, ce qui lui permet de s'installer plus aisément et d'être plus ouvert à la relation. Elle prend le temps de mettre en mots l'importance de se tenir droit (ouverture à l'autre et à la relation, regard, voix plus intelligible,....).

Baptiste a une voix grave, parle lentement, et ne semble jamais sûr de lui lorsqu'il avance certaines affirmations, ces dernières prenant parfois plus la forme d'interrogations. Tout comme Victor, je note qu'il retient facilement mon prénom, ce qui me surprend agréablement. Lorsque nous nous adressons à lui, il parvient à soutenir notre regard. Il ne parait pas perturbé par ma présence. Le jeu semble lui plaire, même s'il présente parfois quelques difficultés à répondre à des questions par la négative sans employer le «non».

A la fin de la séance, nous nous disons au revoir et ma maitre de stage redemande à Baptiste si ma présence pour les futures séances le dérange, ce à quoi il répond de nouveau «non».

Après cette première rencontre, Baptiste m'a donné l'impression d'un adolescent ne sachant pas quel espace occuper, aussi bien sur un aspect corporel que relationnel. Il ne semble en effet pas savoir où mettre ses bras, ses jambes ; où placer son regard, quelle distance adopter avec autrui. C'est cette impression qui reviendra chaque mercredi, durant les séances que je décrirai par la suite.

2) La consultation du dossier médical

Tout comme pour Victor, je n'ai consulté le dossier de Baptiste qu'après l'avoir rencontré. Baptiste est donc un jeune de seize ans atteint d'une hémiplégie droite, associée à des troubles praxiques et attentionnels, ainsi qu'à une épilepsie partielle*****. L'hémiplégie et les troubles associés dont est porteur Baptiste seront détaillés plus loin. Actuellement, Baptiste est scolarisé en classe préparatoire au CFG. Baptiste bénéficie également d'un accompagnement en ergothérapie et en psychomotricité à raison d'une séance par semaine.

3) Le projet thérapeutique mis en place, et ses évolutions

D'après le bilan psychomoteur réalisé en mai 2015, Baptiste est un jeune homme qui ne semble pas présenter de gros retard de développement en ce qui concerne la motricité globale. Ses principales difficultés se situent surtout au niveau de l'équilibre (statique et dynamique), de sa motricité fine (déliement digital), de la connaissance de son corps et de son investissement dans l'action, ainsi qu'au niveau de l'organisation spatiale. Baptiste a en outre réalisé le bilan avec une baisse progressive de l'attention, et reste fatigable. Pendant les différents exercices, une lenteur d'action associée à un manque d'engagement corporel ont compromis sa prestance motrice à plusieurs reprises. Pour faciliter l'acheminement mental, les consignes ont été étayées et les supports visuels privilégiés – dont les pictogrammes et les modèles en trois dimensions. Il s'est également avéré que Baptiste recherchait le regard approbateur de l'adulte, vraisemblablement dû à un manque de confiance en soi, ainsi qu'à la peur d'échouer. De ce fait, il semble important de l'encourager dans ses réalisations, pour qu'il prenne plus d'initiatives et soit en mesure d'exploiter tout son potentiel moteur et expressif. La prise en charge individuelle en psychomotricité a donc été dans un premier temps envisagée pour travailler sur le schéma corporel en lien avec l'expressivité du corps, la perception spatiale, l'équilibre en posture et la précision des gestes fins, et ce de façon individuelle à raison d'une séance par semaine.

Les séances passées avec lui nous ont donné à remarquer de nouveau chez Baptiste ce manque accru de confiance en lui. Son inhibition vient entraver sa motricité et son évolution dans l'espace. Ainsi, nous avons décidé d'axer notre travail sur la prise d'initiative et la revalorisation de soi, toujours en se basant sur un travail spatial.

4) Séances

a. De septembre à décembre : le complexe du homard

Durant ce trimestre, j'ai pu apprendre à connaître Baptiste. Ce jeune homme s'est révélé être, comme j'avais pu le remarquer lors de notre première rencontre, très discret, et replié sur lui-même aussi bien physiquement que psychiquement. Lorsque je croise Baptiste dans l'institution, il est souvent seul, ou en retrait dans un groupe. Pendant nos séances, je ressens son ambivalence face au regard : il me parait à la fois vouloir disparaître du regard de l'autre, mais également en cruel besoin d'être vu pour être encouragé et se sentir exister. De fait, Baptiste parait encombré de son propre corps, ne semblant pas oser esquisser le moindre mouvement. Chaque exercice qui engage le corps paraît éprouvant pour lui, cette difficulté étant renforcée par son hémiplégie. Aux vues de tout cela, notre objectif a été de travailler sur la capacité pour Baptiste à pouvoir s'exprimer corporellement et à s'approprier l'espace, pour le sortir de ce carquois invisible dans lequel il semble être prisonnier. Pour cela, Karine et moi nous sommes axées sur un travail de repérage spatial. Ce sont donc ces séances que je vais décrire ci-dessous.

Les premières séances du trimestre n'ont demandé à Baptiste que très peu d'investissement corporel, ces dernières se déroulant principalement à table. Nous nous sommes étayées sur un support particulier : les palets de couleurs.

Dans un premier temps, sur un schéma représentant des palets alignés en trois rangées de trois, je trace un chemin et demande à Baptiste d'effectuer le même sur le schéma vierge à sa disposition. Cet exercice est effectué sans difficultés. Je peux malgré tout constater chez Baptiste cette tendance à se tenir très près de la feuille. Je note également le contraste entre l'hypotonicité axiale et l'hypertonicité distale : avec une prise du feutre en pronation et un appui exagéré du tracé. A la vue de cette posture qui ne paraît pas confortable pour Baptiste, nous lui suggérons de se redresser afin d'avoir une vue d'ensemble des schémas et du trajet à tracer. Ce travail, qui a été proposé plusieurs fois, n'a posé aucune difficulté à Baptiste.

Dans la progression de l'exercice, nous lui proposons d'aller chercher dans la salle les palets dont il aura besoin afin de reproduire le schéma en réel. Baptiste se lève donc, avec lenteur, afin d'aller chercher les neuf palets. Il réussit à les disposer sur la table tel qu'indiqué sur le schéma. Nous lui proposons donc un second schéma, différent du premier. C'est à partir du premier que Baptiste doit, en ne déplaçant qu'un palet à la fois, reproduire le second schéma. Baptiste est à ce moment-là hésitant, n'ose pas initier le mouvement. Après lui avoir

demandé s'il comprend la consigne, Baptiste nous répond «je ne crois pas…» Je lui propose donc d'expliquer ce que lui pense avoir compris. Toujours avec hésitation et timidement, il parvient à reformuler la consigne correctement. Le manque de confiance de Baptiste en lui a ressurgi à cet instant, mais malgré tout, par un étayage verbal important, il est parvenu à réaliser l'exercice du premier coup.

Dans la suite de ces séances, nous avons proposé à Baptiste de reproduire avec le doigt sur les vrais palets un trajet préalablement dessiné sur le modèle correspondant. Baptiste a visiblement du mal dans cet exercice. A la vue de son aisance à placer les palets sur la table comme dessiné sur le schéma, je ne pense pas qu'il s'agisse là d'un problème de passage de deux à trois dimensions. La psychomotricienne et moi nous sommes alors interrogées sur la probable difficulté de Baptiste à devoir se détacher du concret pour tracé quelque chose de non matérialisable. A la fin de cette séance, j'ai vraiment pris conscience du besoin accru de mise en confiance dont nécessite Baptiste, ainsi que de son apparente difficulté à symboliser quelque chose d'abstrait. Ce constat m'a amenée à poser l'hypothèse d'un besoin de l'autre, et de concret comme soutien et comme étayage. Dans la continuité donc, je propose à Baptiste un trajet avec mon doigt sur les palets qu'il avait au départ disposés sur la table. Ce trajet reliant quatre palets est pour Baptiste difficile à refaire avec son propre doigt. Toujours dans la retenue, replié sur lui-même, nous avons dû l'étayer afin qu'il propose quelque chose.

La séance qui suit nécessite un certain engagement corporel. Baptiste doit à présent me guider pour installer les palets au sol, comme sur le schéma que je lui ai donné. Ce dernier étant constitué de grands et de petits palets, il faut à Baptiste s'organiser en m'orientant par des notions spatiales. Malgré quelques confusions au début, l'étayage de Karine restée à ses côtés les fait disparaître, et Baptiste peut me guider sans trop de difficultés. La séance se fait en partie debout ; Baptiste, toujours sur un versant hypotonique, semble avoir du mal à s'organiser pour garder une vue d'ensemble, à la fois sur le schéma ainsi que sur la façon dont je dispose les palets. Son regard est toujours à ce moment quelque peu fuyant, avec une certaine tendance à s'accrocher à la psychomotricienne. De plus, ses confusions quant aux notions spatiales laissent à réfléchir sur ses capacités de projection et de réversibilité, qui d'après le bilan étaient apparemment acquises.

b. <u>De janvier à avril : sortir de sa coquille</u>

Dans la continuité de notre projet thérapeutique, nous avons souhaité avec Karine poursuivre le travail d'investissement de l'espace, cette fois en changeant de support. Ainsi

notre objectif principal était d'inciter Baptiste à étoffer ses repères dans l'espace, aussi bien au niveau égo qu'exo-centré ; afin de pouvoir par la suite y progresser et y évoluer plus harmonieusement.

En préambule à ce travail, nous proposons à Baptiste un jeu consistant à évoluer sur des palets disposés au sol en fonction d'un schéma. Il faut au préalable déterminer, pour chaque couleur de palet, une partie du corps à mobiliser. Nous demandons à Baptiste de décider des diverses parties du corps. Il s'avère très difficile pour Baptiste d'effectuer ce choix, et paraît bloqué par cette demande de prise d'initiative. Après l'avoir aidé pour cela, la seconde consigne est de progresser d'un palet à l'autre, en nous arrêtant chaque fois pour effectuer le mouvement. La taille des palets, grands ou petits, renseigne sur l'amplitude du mouvement. Outre ses difficultés à se rappeler le mouvement correspondant à la couleur de palet, Baptiste semble pour cet exercice avoir du mal à effectuer des mouvements amples.

A la suite de cette séance, Karine et moi avons donc pensé à travailler sur ses capacités mnésiques, son orientation spatiale, mais aussi sur sa prise d'initiative et la mise en mouvement de son corps dans l'espace - par le biais d'un parcours psychomoteur.

Après deux semaines sans séances, nous reprenons le travail, à l'aide d'une photo représentant un parcours. Il s'agit pour Baptiste de nous guider Karine et moi afin de mettre en place les différents items du parcours. Face aux quelques difficultés pour prendre des repères adéquats dans l'espace, nous lui suggérons de venir se placer à chaque fois au dernier endroit où nous nous arrêtons. Cela me laisse à penser que Baptiste présente toujours quelques difficultés pour prendre des repères exocentrés, et qu'il doit s'appuyer sur des repères égocentrés afin de parvenir à ses fins.

Suite à l'installation complète du parcours, qui s'est faite sur deux séances consécutives, nous proposons à Baptiste de réaliser le parcours en choisissant d'y progresser à sa guise. Nous voulions par ce biais travailler sur sa prise d'initiative, qu'il semble avoir encore du mal à acquérir. Je constate, alors agréablement surprise, que Baptiste trouve des idées explorant les différents niveaux de l'espace, en passant par le quatre pattes, le rampé, les enjambements et la marche. Il parvient également à nous décrire avec précision ses faits et gestes lors de sa progression dans le parcours.

L'ADOLESCENT HANDICAPE : QUAND LA QUETE IDENTITAIRE EST MISE A MAL

I. LORSQUE LE HANDICAP SURVIENT…

Afin de mieux cerner les enjeux du handicap et ses répercussions durant l'adolescence, j'ai choisi de retracer l'historique du handicap. Mon but est en effet de mieux comprendre ce que regroupe ce terme, ainsi qu'à la place que lui confère notre société. Pour cela, je m'attarderai dans un premier temps sur l'origine et l'apparition de la notion de «handicap», puis je mettrai en lumière quelques-unes des diverses théories qui traitent de ce vaste sujet.

1) Le handicap

a. Historique

Tantôt considéré comme concept d'égalisation des chances, tantôt comme concept d'infériorité, le terme de handicap s'est vu au fil des ans employé de bien des façons. Ce sont ces deux versants que je vais mettre en exergue dans les paragraphes qui suivent.

- **Le handicap comme concept d'égalisation des chances**

Le concept de handicap est éminemment anglo-saxon. C'est H.J. Sticker, cité par O. Grim[46], qui replace historiquement ce terme. Ce dernier est issu de l'expression «*hand in cap*», qui signifie littéralement «main dans le chapeau». C'est au XIV^{ème} siècle que cette expression apparait, au détour du jeu du *New Fair*. O. Grim explique comment, dans les règles de l'art, son mis en avant deux concepts importants et fondateurs du handicap : celui de mettre en concurrence et celui d'égaler : «Sous l'œil d'un arbitre, il s'agit pour deux concurrents de se disputer deux objets d'inégale valeur leur appartenant. Les trois protagonistes conviennent d'une somme d'argent forfaitaire qui égalisera la valeur vénale des deux objets. Le hasard intervient alors - et du même coup l'incompréhension évoquée en

[46] Grim O., 2000, pp. 31-34

préliminaire - puisqu'il s'agit de tirer aléatoirement d'un chapeau une représentation des objets, du moins on peut le supposer, et la somme forfaitaire d'égalisation. Suivant certaines combinaisons, qui demeurent mystérieuses, l'un des joueurs ainsi que l'arbitre peuvent gagner.»

Cette notion d'égalisation des chances exprime d'un point de vue philosophique et métaphorique l'idée que tout le monde peut participer à la course. Néanmoins, l'utilisation du terme handicap se voit modifiée au début du XX^{ème} siècle aux Etats Unis.

- **Le handicap comme concept d'infériorité**

Le premier usage du terme handicapé à destination de l'Homme est le fait d'occurrence journalistique. Des journalistes ont ainsi qualifié d'handicapé la personne humaine en situation d'infirmité. Le contexte historique est premièrement industriel, avec la révolution fin XIX^{ème}. Cette industrialisation a provoqué beaucoup d'accidentés du travail. Ce sont ensuite les guerres qui produisent leurs «lots d'invalides». La troisième population touche les enfants qui présentent des difficultés de développement. L'utilisation de ce terme en France ne verra le jour qu'en 1957.

A partir de là, différentes lois et classification ont vu le jour pour tenter de clarifier la notion de handicap et sa situation sociétale.

b. Définition et rapport à la loi

C'est en 1980 qu'apparait la Classification Internationale des Handicaps et santé mentale, autrement appelée la CIH[47]. Cette dernière va décliner la notion de handicap selon trois concepts, afin de la clarifier : en premier lieu, la déficience, qui correspond à une atteinte des organes et des fonctions. Deuxièmement, l'incapacité, caractérisée par la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne. Enfin, le désavantage social, qui caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.

Le handicap, qui n'était alors qu'un problème personnel, est devenu un problème sociétal dans les années 2000. En effet, la CIH n'était qu'une classification médicale des conséquences de la maladie et de ses impacts, la dimension psychosociale étant jusque-là mise de côté. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose en 2001 la CIF,

[47] Nader-Grobois N., 2015, p. 17

Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. Cette classification relate les composantes de la santé. Celles-ci définissent ce qui constitue la santé, à l'inverse des conséquences relatées dans la CIH qui ne se focalisaient uniquement sur l'impact de la maladie ou tout état de santé qui peut en résulter. La CIF décompose les situations de handicap en quatre composantes : «les fonctions organiques, physiologiques et psychologiques, ou les structures anatomiques (organes ou membres) impliquant le fonctionnement corporel et l'organisation physique ; les activités et la participation réelle de la personne à travers son fonctionnement ; les facteurs environnementaux (physiques, sociaux ou attitudes) et externes potentiellement handicapants ou facilitateurs ; et les facteurs personnels ou individuels»[48].

C'est alors que le regard porté sur la personne handicapée change radicalement. La CIF gagne en neutralité par rapport à l'étiologie du handicap.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, donne une définition du handicap comme étant : «Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans un environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.»[49]

Force est de constater qu'aucune des classifications décrites ci-dessus n'émet clairement d'hypothèse concernant la condition de la personne handicapée au sein de la société. Ainsi, je décrirai dans la partie suivante les différentes théories proposées par certains auteurs, et ce dans le but d'éclairer sur la place du sujet porteur de handicap dans la société Occidentale.

2) Handicap et société : les diverses théories

a. E. Goffman et la théorie du Stigmate

La théorie sociologique du Stigmate d'E.Goffman relatée dans son ouvrage *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, affirme que l'infirmité est conçue comme un marquage –

[48] *Ibid.*, pp. 17-18

[49] Site de la MDPH relatant la loi du 11 février 2005 (consulté le vendredi 15 janvier 2016) : http://mdph.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=113:la-loi-de-2005-102&catid=49:que-dit-la-loi-&Itemid=74

parmi d'autres – du corps et/ou de l'esprit. Cette véritable estampille confère ainsi à son porteur une identité sociale virtuelle encombrante et mortifère, dont une des conséquences premières est l'évitement du stigmatisé par la communauté. En d'autres termes, l'individu stigmatisé correspond à celui présentant un attribut qui le disqualifie dans ses interactions avec autrui, l'empêchant alors d'être complètement intégré à la société.

b. N. Elias et la théorie de l'outsider

Même s'ils ne portent pas de stigmates visibles, les infirmes sont perçus comme des *outsiders* pour N. Elias. Ils sont de fait appréhendés par un groupe établi comme intrus, bizarres, en perpétuel flagrant délit de non-conformité, et menacent le groupe dans l'idée qu'il se fait de son identité. Cette analyse sociologique exposée dans son ouvrage *The established and the outsiders* aborde la question du handicap à la croisée de l'image individuelle de soi et de l'image collective du groupe.

c. R-F. Murphy et la théorie de la liminalité

A partir de la notion de «rite de passage» - où la communauté est impliquée dans la transformation de l'un de ses membres qui passe d'une position à une autre selon un schéma en trois phases : l'initié est d'abord isolé et instruit puis il renaît rituellement pour être ensuite réincorporé à la société avec un rôle nouveau – R-F. Murphy reprend le concept de liminalité. Pendant la période de transition entre l'isolement et la renaissance, le sujet est dans un «état liminal» : il est «sur le seuil», maintenu dans des «limbes sociaux» en dehors du système social formel. Cette situation spatiale décrit parfaitement celle des infirmes dans nos sociétés : «Les handicapés à long terme ne sont ni malades ni en bonne santé, ni morts ni pleinement vivants, ni en dehors de la société ni tout à fait à l'intérieur. Ce sont des êtres humains, mais leurs corps sont déformés et fonctionnent de façon défectueuse, ce qui laisse planer un doute sur leur pleine humanité. Ils ne sont pas malades, car la maladie est une transition soit vers la mort soit vers la guérison. … Le malade vit dans un état de suspension sociale jusqu'à ce qu'il aille mieux. L'invalide, lui, passe sa vie dans un état analogue : il n'est ni chair ni poisson ;

par rapport à la société, il vit dans un isolement partiel en tant qu'individu indéfini et ambigu.»[50]

d. H.J. Sticker et la figure du Double

H.J. Sticker s'appuie sur les écrits d'O. Rank et interprète l'infirmité comme une «figure du Double»[51]. Il part du principe que, de l'individuel au collectif, nous construisons deux images de nous-mêmes[52]. L'une, positive, la seconde révélant nos faiblesses, et nous les aimons et détestons toutes deux dans le même mouvement.

L'infirme serait l'ombre du valide bien portant, au sens où O. Rank l'entend : à la fois signe de vie et signe de mort dont on ne peut se débarrasser sous peine de disparaître soi-même mais également dont on ne peut sans cesse être au contact. «Celui qui n'a pas d'ombre meurt, celui dont l'ombre est petite ou faible tombe malade, tandis qu'une ombre forte prédit la santé […] L'ombre signifie la mort, mais également elle signifie aussi la vie et les deux significations reposent sur une croyance primitive à la dualité de l'âme.»[53]

e. S. Freud et l'inquiétante étrangeté

Cité par S. Korff-Sausse[54], c'est par la notion d'*Unheimliche* - le pas comme chez soi - que S. Freud, dans son livre *L'inquiétante étrangeté,* met en avant le chamboulement et la remise en question de nos certitudes concernant les repères identificatoires : en effet, le sujet porteur de handicap ne fait que révéler la part d'étrangeté qui est en chacun.

Comme le souligne S. Korff-Sausse, il réside dans notre société un paradoxe concernant la personne porteuse d'un handicap : «Dans une société qui exalte le respect de la différence, on en vient à vouloir éradiquer toute différence dès lors qu'elle apparaît comme déplaisante ou anormale.»[55]

[50] Murphy R-F., 1990, p. 183
[51] Sticker H-J., 2005, pp. 280-291
[52] *Ibid.*, 2005, p. 289
[53] Rank O., 1973, pp. 59-66
[54] Korff-Sausse S., 2010, p. 9
[55] *Ibid.*, p. 10

Entre acceptation, compassion et rejet, c'est à partir de là que se pose la question de la construction stable de l'estime de soi chez l'enfant ; l'adolescent, ou bien même l'adulte porteur d'un handicap. En effet, face à tant de contradiction, comment ces personnes peuvent-elles se sentir comme faisant partie intégrante de notre société ? L'adolescence est déjà, comme j'ai pu le décrire auparavant, une période durant laquelle la perte de repères et d'identité propre est mise à mal. Sachant cela, comment, face à cette difficulté à trouver une place qui leur est propre au sein de notre société, ces jeunes gens peuvent-il s'affirmer en tant que sujet et ainsi se forger une identité stable ?

De part ces nombreux auteurs qui tentent de l'expliciter, la notion de handicap me semble rester une notion vague qui met en lumière une pléiade de troubles ou de déficiences. Victor et Baptiste étant porteurs d'un handicap moteur, je ne me restreindrai, dans les parties à suivre, qu'à définir et expliciter cette forme de handicap.

3) Un handicap moteur : l'Infirmité Motrice Cérébrale

Au sein de l'IEM, les jeunes présentent diverses déficiences motrices, manifestations du handicap moteur dont ils sont atteints.

Pour rappel, la déficience se définit comme la position d'un être ou d'un organe en dessous d'une norme établie[56]. Les déficiences peuvent être d'origines cérébrale (du fait d'une ou plusieurs lésions au niveau du cerveau causées à la naissance où plus tardivement – suite à un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral, ou une tumeur), neuromusculaire (conséquences de maladies pour la plupart génétiques ayant atteinte aux muscles où aux nerfs moteurs des membres concernés), médullaire (du fait d'une atteinte de la moelle épinière par un traumatisme ou une maladie) ou encore ostéo-articulaire (provoquée par une malformation ou une lésion d'un ou plusieurs os).

Comme j'ai pu le spécifier précédemment[57], Victor est atteint d'Infirmité Motrice Cérébrale, et Baptiste d'hémiplégie. Ainsi, je ne me restreindrai qu'au développement de l'IMC. Cette dernière notion incluant également l'hémiplégie, je développerai plus précisément cette partie.

L'Infirmité Motrice Cérébrale – ou IMC – a été décrite et définie par G. Tardieu pour la première fois en 1952 comme étant «un trouble de la posture et du mouvement, résultant

[56] Prévost C., 1991, p. 187
[57] *Supra.,* pp. 37-42

d'une lésion cérébrale non évolutive et définitive survenue sur un cerveau en voie de développement.»[58] Cette dernière apparaît au cours de la vie fœtale, ou bien dans les premiers temps de la vie du jeune enfant – jusqu'à la fin de la période néonatale, autrement dit au terme de la deuxième année. Le trouble moteur est rarement isolé et peut s'associer avec des déficits sensoriels, cognitifs, des troubles du comportement ou à une épilepsie.

L'IMC est malgré tout à distinguer du terme d'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale, aussi appelée IMOC. En effet, la notion d'IMOC est déjà moins restrictive que la qualification d'IMC, en ce sens qu'elle inclut les retards mentaux associés aux troubles moteurs d'origine cérébrale[59]. La différence entre ces deux appellations réside dans la présence ou non de troubles cognitifs. Le fonctionnement intellectuel des enfants peut ainsi varier du retard mental sévère (chez les IMOC) à un QI normal. Pour rappel, «les déficiences intellectuelles sont définies par un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70. Par convention de l'OMS, les enfants dont le QI est entre 70 et 85 sont dans une zone limite, ceux dont le QI est entre 50 et 70 présentent un retard mental modéré et les enfants ayant un QI inférieur à 50, un retard mental sévère ou profond. Les déficiences intellectuelles incluent aussi la trisomie 21, quelle que soit la sévérité du retard mental (mais que l'on ne considère pas comme d'origine périnatale)»[60].

Ces deux termes, IMC et IMOC, sont par ailleurs regroupés sous celui de paralysie cérébrale, issu de l'anglo-saxon *cerebral plasy*. C. Bérard en propose la définition suivante : «un ensemble de troubles du mouvement et/ou de la posture et de la fonction motrice, ces troubles étant permanents mais pouvant avoir une expression clinique changeante dans le temps et étant dus à un désordre, une lésion ou une anomalie non progressive d'un cerveau en développement ou immature»[61].

L'IMC de Victor est liée à une naissance prématurée. En effet, la prématurité peut être l'une des causes de séquelles chez le nouveau-né. Les atteintes motrices de Baptiste sont quant à elles causées par un AVC périnatal, et me posent dès lors la question de l'IMC. Néanmoins, ce terme n'apparaissant pas de façon spécifique dans son dossier, je ne parlerai dans son cas que d'hémiplégie.

[58] Tardieu G., 1968, p .85
[59] Chabrol B. & Haddad J., 2006, p. 28
[60] Expertise collective, 2004, p. 291
[61] Bérard C., 2010, p. 17

De façon globale, il existe plusieurs causes à l'Infirmité Motrice Cérébrale, et plus généralement à la paralysie cérébrale. C. Bérard[62] les classifie en fonction du moment de survenue :

- **Causes anténatales** : on y retrouve l'accident vasculaire cérébral, certaines malformations cérébrales, ou d'autres séquelles d'infections graves telles que la foethopathie, la rubéole ou la toxoplasmose.

- **Causes périnatales** : la prématurité, le retard de croissance intra-utérin, l'ictère nucléaire ou la souffrance à terme.

- **Causes postnatales** : certaines infections, les traumatismes crâniens, certains traitements d'une tumeur cérébrale, ou un bas débit peropératoire.

Ces lésions peuvent toucher de multiples zones cérébrales, entraînant divers troubles et symptômes pouvant être d'origine pyramidale, extra-pyramidale, ou cérébelleuse. Dans l'intérêt d'expliciter ma clinique, je décrirai succinctement ci-dessous ces trois syndromes et les conséquences qui en découlent. Les deux jeunes que j'accompagne présentent chacun une atteinte pyramidale : je parlerai donc plus longuement de cette symptomatologie.

a. Classification nosologique

- **Syndrome pyramidal**

Le faisceau pyramidal permet la mise en action d'une activité différenciée, et donc volontaire. Il a aussi le rôle du contrôle inhibiteur de la motricité automatique. Une atteinte pyramidale désigne l'ensemble des troubles moteurs dû à l'atteinte de la motricité volontaire. On retrouve l'association de trois signes : une hypertonie spastique de certains muscles et une hyper-extensibilité d'autres muscles ; une augmentation des syncinésies ; et enfin le signe de Babinski, soit une extension du gros orteil suite à la stimulation du bord externe du pied.

La particularité du syndrome pyramidal réside dans la spasticité, qui correspond à un trouble de la motricité volontaire, c'est une «hypertonie due à la lésion des fibres pyramidales ou corticospinales directes»[63]. On peut alors observer ce que l'on appelle phénomène de «la lame de canif» : le muscle présente une résistance à l'étirement lent, et va rapidement

[62] *Ibid.*, p. 25
[63] Quevauvilliers J., 2007, p. 857

reprendre sa position initiale à l'arrêt de la mobilisation. Un étirement rapide va renforcer la résistance du muscle. En règle générale, la spasticité prédomine sur les muscles fléchisseurs au niveau des membres supérieurs ; et sur les muscles extenseurs des membres inférieurs.

Selon ce que j'ai pu évoquer précédemment, plusieurs tableaux cliniques peuvent être observables. Pour les raisons spécifiées auparavant[64], je détaillerai plus amplement l'hémiplégie et la quadriplégie.

- ✓ L'hémiplégie cérébrale infantile, qui concerne 10% des IMC :

Caractéristiques et définition

On observe dans ces cas de figure l'atteinte d'un seul hémicorps. Le côté du corps atteint correspond à une lésion cérébrale controlatérale. Du fait de sa lésion cérébrale gauche, Baptiste présente une atteinte du côté droit du corps. Cette dernière paraît dominer au niveau de son membre supérieur, avec une attitude en flexion du coude et du poignet, ainsi que la main légèrement en pronation.

Même si le dossier médical de Baptiste ne délivre aucune information à ce sujet, le diagnostic est posé de façon générale aux alentours de huit ou neuf mois. La mère va remarquer une asymétrie des attitudes : une main va rester fermée, des difficultés à habiller le bébé du côté atteint vont se présenter[65].

Développement de la motricité

L'absence d'appui sur les membres atteints va modifier les réactions d'équilibre, pour lesquelles l'apprentissage va s'avérer plus laborieux. Ce déséquilibre est toujours apparent chez Baptiste, chez qui j'ai en effet pu remarquer cette tendance à pencher du côté droit, du fait du manque d'appui au niveau de sa jambe droite. Ses capacités de rééquilibration sont laborieuses ; ce que j'ai pu observer lors des séances motrices – notamment au travers des parcours.

La rétraction quasi-permanente du membre supérieur va venir entraver le bébé dans sa capacité à se retourner en décubitus ventral et dorsal. De même, lorsqu'il sera sur le ventre, il éprouvera des difficultés à se redresser ne pouvant prendre appui que sur un seul bras[66].

---

[64] *Supra.* p. 51
[65] Bobath B & K, 1986, p. 40
[66] *Ibid.* pp. 40-41

Le passage en position assise va également engendrer des difficultés dues au manque d'équilibre de l'enfant. Il lui faudra ainsi prendre appui sur son bras sain pour se redresser[67].

L'enfant va marcher, mais l'acquisition va se faire aux alentours de deux ans. Le membre inférieur atteint, lui, sera en extension ; contrairement à la position assise ou il restait jusqu'alors en flexion[68].

- ✓ La tétraplégie – ou quadriplégie – spastique :

Caractéristiques et définition

De façon généralisée, la tétraplégie spastique est une atteinte qui touche tout le corps, et qui associe une hypotonie axiale, se traduisant par une insuffisance posturale du tronc et un contrôle très faible de la tête, et une hypertonie spastique des quatre membres[69].

Chez Victor, la spasticité des quatre membres reste assez modérée. Ses gestes sont contrôlés, même s'ils demandent un certain effort cognitif. Il peut par ailleurs marcher à l'aide d'un déambulateur, même s'il reste assez fatigable. La tenue du tronc est également contrôlée, avec parfois même une tendance à l'hypertonie, notamment lorsque certaines réactions émotionnelles semblent le submerger.

Les enfants atteints de quadriplégie spastique sont pour la plupart atteint d'épilepsie, ce qui n'est en revanche pas le cas de Victor.

Développement de la motricité

Comme dit précédemment, on remarque un faible contrôle de la tête chez le nouveau-né atteint de quadriplégie. Cela va se remarquer dans les positions couché ou assis. Par ailleurs, l'enfant ne pourra se retourner du dos au ventre. Le manque d'équilibre dû à la flexion excessive des membres inférieurs va empêcher l'enfant de tenir assis[70].

Les enfants quadriplégiques ne pourront pas tous se tenir debout sans aide, à cause du manque d'appuis plantaires et des problèmes d'équilibre causés notamment par un polygone de sustentation trop réduit[71]. J'ai pu effectivement observer ce phénomène chez Victor, notamment lors du groupe marche. Il présente une possibilité d'appui mais ne peut se

[67] *Ibid.* p. 42
[68] *Ibid.* p. 46
[69] *Ibid.* pp. 19-20
[70] *Ibid.* p. 76
[71] *Ibid.* p. 90

maintenir debout sans déambulateur ou aide extérieure. Le manque d'appuis plantaires que décrit la théorie se manifeste chez lui par une démarche en pied équin***.**

- ✓ La diplégie spastique ou maladie de Little, qui représente 20% des IMC :

Caractéristiques et définition

«Tout le corps est atteint, les membres inférieurs étant plus touchés que les membres supérieurs. […] Les enfants ont en général un bon contrôle de tête et une atteinte faible ou modérée des membres supérieurs. Le langage est habituellement intact. Tous les enfants diplégiques appartiennent au groupe des spastiques. Chez un certain nombre d'entre eux existe un strabisme.»

A l'instar de l'hémiplégie, le diagnostic va se faire vers neuf mois, après que les parents aient remarqué une hypotonie axiale, une mauvaise tenue de tête avec une rigidité des membres inférieurs contrastant avec l'hypotonie axiale[72].

Développement de la motricité

L'acquisition de la marche et sa rentabilité dépendent de l'importance de la spasticité, de la qualité de la commande volontaire et du degré du déficit du tonus postural.

- ➢ **Syndrome extra-pyramidal**

Le faisceau extra pyramidal contrôle le tonus musculaire et a un rôle facilitateur du mouvement volontaire. Une atteinte au niveau du système extrapyramidal va entrainer une rigidité extrapyramidale. Si on provoque en manipulation passive un étirement lent, ce dernier sera caractérisé par une rigidité en « tuyau de plomb », autrement dit une grande résistance du muscle à la mobilisation : il va conserver la position qu'on lui a imprimée. Cette rigidité peut être vaincue par un étirement rapide et répétitif.

On observe deux formes :

- ✓ La forme athétosique : caractérisée par une hypotonie. Ces mouvements athétosiques sont assez lents mais changent la position et provoquent des crispations au niveau des extrémités distales. Elle correspond à l'atteinte du système pyramidal et se présente sous la forme de «troubles moteurs caractérisé par des mouvements involontaires,

[72] *Ibid.* p. 19

incoordonnés, lents, irréguliers, de grande amplitude, prédominant aux extrémités, liés aux dysfonctionnement des systèmes inhibant l'activité des motoneurones.»[73].

- ✓ La forme dystonique : caractérisée par des postures anormales, une hypertonie et des mouvements involontaires de type dystonique : ce sont des contractions musculaires involontaires qui vont provoquer des postures douloureuses. Il faut savoir que ces attitudes disparaissent au repos.

- **Syndrome cérébelleux**

Aussi appelé «ataxie cérébelleuse». Elle correspond à une atteinte du cervelet et se manifeste par un «trouble de la coordination des mouvements lié non à une atteinte de la force musculaire mais à un défaut de coordination du jeu musculaire […] Elle affecte la direction et l'amplitude des mouvements volontaires et perturbe les contractions musculaires, volontaires ou réflexes, nécessaires à l'équilibre et à la marche. Elle peut également affecter les mouvements des yeux et l'élocution»[74].

La démarche des enfants va être marquée par un élargissement du polygone de sustentation. Ces enfants vont tituber et chuter fréquemment. Ils sont caractérisés par un tonus globalement hypotonique. Ces enfants ont un défaut de coordination motrice volontaire (le mouvement est exécuté avec une force inadaptée et un très grand manque de précision).

Toutefois, chez Victor et Baptiste, d'autres troubles autres que moteurs, directement liés à leur pathologie sont notables, tels que des troubles orthopédiques, des troubles sensoriels, ou encore des troubles comportementaux.

b. Sémiologie générale des troubles

- **Les troubles orthopédiques**

On peut observer des déformations ostéo-articulaires telles que des déformations vertébrales comme des cyphoses*****, des lordoses*****,…Ou bien des luxations de hanches.

[73] Quevauvilliers J., 2007, p. 90
[74] Bobath B & K, 1986, p. 97

Concernant Baptiste, une scoliose***** est à surveiller, accompagnée de douleurs dorsales avec un enroulement en cyphose. Il présente par ailleurs des déformations au niveau des doigts : à droite du fait de son hémiplégie ; ainsi qu'à gauche du fait d'un problème rhumatismal. Cependant, des injections de toxines au niveau de sa main droite ont été effectuées, ce qui a permis la réduction de la spasticité du membre supérieur.

Ces enfants vont souvent avoir une marche «en pied équin» (marche sur la pointe des pieds) due à des rétractions musculo-tendineuses. Ces mêmes rétractions vont entrainer en même temps un retard de croissance. Tout cela peut entrainer des postures anormales et douloureuses chez l'enfant)[75].

Chez Victor effectivement, on constate une flexion de la hanche et des genoux, avec des pieds effondrés en valgus*****, entrainant un mauvais équilibre antéro-potérieur. Cette déformation orthopédique l'oblige à porter des orthèses postérieures rigides au niveau des chevilles et des tibias. Ces dernières permettent une meilleure extension des genoux mais donnent à Victor une démarche en pied équin.

- **<u>Les troubles sensoriels</u>**

On peut être face à un enfant dont la sensorialité superficielle va être atteinte, ce qui va entraîner une gêne dans la discrimination et la préhension d'objets (tout ce qui est en lien avec la motricité fine). D'autres enfants ayant une altération de la sensibilité profonde vont avoir du mal à distinguer le sens des positions et le sens des mouvements. Cela peut entrainer une mauvaise reconnaissance des parties du corps dans l'espace.

La sensibilité chez Baptiste et Victor est altérée du fait de leurs pathologies ; ce qui provoque une difficulté à distinguer la texture, le poids, ou la température des objets qu'ils touchent. Le trouble de la sensibilité profonde entraîne par ailleurs chez Baptiste une méconnaissance dans ses propres mobilités motrices.

- ✓ <u>Troubles visuels</u>

Selon une étude de 1998, les déficits visuels dont sont atteints certains enfants peuvent être d'origine soit anté-natale dans 48% des cas, soit périnatale dans 27% des cas[76]. Les

[75] Chabrol B. & Haddad J., 2006, p. 30
[76] Expertise collective, 2004, p. 143

muscles oculaires vont être atteints, entrainant des perturbations visuo-motrice dans la poursuite oculaire, le balayage, la fixation[77].

Le strabisme convergent* avec nystagmus manifeste latent*, ainsi que son hypermétropie* viennent entraver Victor dans ses capacités de coordinations oculo-manuelles, et par extension dans son organisation spatiale.

- ✓ Troubles auditifs

Les enfants présentant une paralysie cérébrale peuvent avoir un déficit auditif avec notamment une hypoaccousie* ayant un retentissement sur le langage et la communication au sens large[78].

- ✓ La comitialité

L'épilepsie touche entre 20 et 60% des enfants atteints d'IMC[79]. La redondance des convulsions peut entraver la vie sociale et familiale du jeune.

Baptiste présente une épilepsie partielle avec foyer fronto-temporal gauche. Celle-ci est désormais traitée, et la dernière crise de Baptiste remonte à trois ans.

- ✓ Les troubles du langage

Ces troubles sont à mettre en lien avec l'hypoacousie. Les muscles phonatoires peuvent être atteints : ces enfants peuvent présenter des troubles de l'articulation, du rythme, de la parole. Ces troubles peuvent être à l'origine de difficultés alimentaires (avec des fausses routes), voire de dyspraxies bucco-faciales[80].

Victor ne présente pas de troubles du langage apparent, mais démontre en revanche une difficulté motrice et praxique entrainant un défaut de coordination et de précision de la mobilisation des muscles oro-faciaux. Ces troubles bucco-faciaux, greffés aux difficultés inhérentes à sa pathologies – troubles de la concentration ; faible contrôle du port du cou et de la tête - augmentent chez lui les risques de fausses routes.

[77] Chabrol B. & Haddad J., 2006, p. 33
[78] *Ibid.*
[79] Guidetti M. & Tourrette C., 1999, p. 33
[80] Chabrol B. & Haddad J., 2006, p. 35

Par ailleurs, l'inhibition idéo-motrice* de Baptiste vient favoriser sa lenteur d'articulation. En effet, son débit de parole est très lent, et ce dernier n'étant pas en accord avec son rythme respiratoire, il semble couteux pour Baptiste de formuler une phrase dans sa totalité. Sa bouche, très souvent entre-ouverte, laisse envisager une hypotonie bucco-faciale à mettre en lien avec son hypotonie axiale – et entraîne chez lui une tendance à saliver excessivement.

- **Les troubles du comportement**

On peut retrouver des troubles touchant la labilité de l'émotion, tels qu'une hypersensibilité, une hyperémotivité ; ou encore des troubles attentionnels ; des comportements agressifs, …[81]. J'ai pu observer ces différents troubles chez Victor au cours de l'année. Il était fréquent pour Victor de passer d'une humeur à l'autre en l'espace de quelques minutes : lorsque je le croisais dans l'IEM, son sourire et sa jovialité matinale pouvaient s'être transformés en mine renfrognée le midi même. Des comportements agressifs ont été relatés chez lui : Victor a présenté par le passé plusieurs excès de violence envers ses camarades, et il n'est pas rare que son agressivité soit dirigée contre lui-même. En outre, j'ai pu décrire les troubles attentionnels qui touchent Victor : ce jeune homme a tendance à se laisser fréquemment parasiter par des ruminations psychologiques : de fait, se concentrer sur une tâche lui demande un effort considérable, et entraîne chez lui une grande fatigabilité.

Comme vu précédemment, le concept de handicap reste assez nébuleux malgré les diverses théories qui tentent de l'expliquer. Ses causes peuvent en effet être nombreuses, ainsi que les conséquences qui en découlent. C'est pour cela que la place du handicap au sein de notre société reste difficile à situer. Dans la période de l'adolescence, ou la solidité des repères est essentielle, cela peut venir entraver le jeune porteur d'un handicap à se faire sa propre place sociale. Troubles psychomoteurs, faille narcissique du handicap : ces facteurs viennent s'ajouter et ainsi peuvent fragiliser son cheminement vers une construction identitaire stable.

[81] *Ibid.,* pp. 34-35

II. CONSTRUCTION ET REMANIEMENTS IDENTITAIRES : COMMENT LE JEUNE HANDICAPE SE PERÇOIT-IL ?

Comme j'ai pu l'expliquer auparavant[82], le processus de séparation/individuation, mis en parallèle à un développement psychique «adapté», permet le développement de l'individu dans sa construction et sa prise de conscience identitaire. Cette dernière étant complètement chamboulée lors du passage à l'adolescence, la question se pose alors du vécu de la mise en place de l'identité, comme vecteur d'une unité psycho-corporelle, chez les adolescents porteurs de handicap moteur. En me basant sur les handicaps des deux adolescents que j'ai rencontrés, je me suis attardée sur les atteintes à la fois psychomotrices et psychiques pouvant venir entraver leur quête identitaire.

1) Les troubles psychomoteurs : une entrave à l'identité corporelle

Marcel Rufot et Marie Choquet recensent près de 7% des adolescents en situation de handicap physique[83]. La visibilité de ce dernier constitue un véritable fardeau pour ces jeunes chez qui l'apparence est essentielle. En cette période où les étapes à franchir sont nombreuses, le handicap constitue un obstacle supplémentaire. Corps défectueux, perte de confiance : comment le jeune porteur d'un handicap se perçoit-il ?

Du fait de leur handicap moteur, Victor et Baptiste voient leurs capacités psychomotrices entravées. En m'appuyant sur les items du bilan psychomoteur réalisé au début de leur prise en charge – juin 2013 pour Victor, mai 2015 pour Baptiste - sur mes observations faites au cours de l'année, ainsi que sur les épreuves du bilan que j'ai pu leur faire repasser en avril 2016, je vais décrire succinctement les différents troubles constatables chez eux.

[82] *Supra.*, p. 30
[83] Choquet M. & Rufot M., 2007, p. 314

a. Les troubles toniques

Suivant la pathologie dont ils sont porteurs, les adolescents vont être dans un fond hypo ou hypertonique. Cette dys-régulation va avoir un impact sur leur organisation gestuelle et motrice.

Du fait de sa pathologie, Victor est très hypertonique. Si ses membres étaient extrêmement spastiques en 2013, Victor a aujourd'hui gagné en amplitude et peut plus aisément les mobiliser. Son hypertonie se manifeste aussi bien sur le plan distal qu'axial. Lorsqu'une émotion vive le submerge, Victor a en effet tendance à projeter son tronc en arrière en prenant appuis sur les cales-pieds de son fauteuil. Baptiste est quand à lui sur un versant assez hypotonique. Comme j'ai pu le décrire dans les séances, son corps est sans cesse voûté, replié sur lui-même, avec une difficulté visible à tenir son axe. Ses membres supérieurs sont en revanche assez hypertoniques, et plus particulièrement son bras hémiplégique qu'il peine à mobiliser.

b. Les troubles de la locomotion

Ces adolescents vont être appareillés, vont se déplacer au mieux tout seul, ou bien avec des orthèses, des cannes, des fauteuils manuels ou électriques.

Baptiste se déplace de façon autonome, sans aucun support ou aide technique, à l'inverse de Victor qui se déplace en fauteuil roulant électrique et porte des orthèses. Il peut marcher avec l'aide d'un déambulateur, mais reste fatigable et ne peut marcher plus d'une heure.

c. Les troubles du schéma corporel

Le manque d'expérience motrice de ces jeunes, le manque d'informations sensorielles, ou encore les appareillages relativement lourds vont entraver leur mobilité et ainsi minimaliser les occasions de ressentir leur corps et ainsi d'intégrer un schéma corporel stable et unifié.

- **<u>Au niveau de la représentation</u>** : pour Victor comme pour Baptiste, la somatognosie est acquise dans sa globalité, en-dehors des termes les moins fréquemment utilisés (tempes, noms de certains doigts…). Au niveau de la représentation graphique, le dessin du bonhomme n'est pas très investi chez l'un comme chez l'autre, même si un progrès est constatable chez Baptiste entre les bilans de 2015 et de 2016.. En 2015, la représentation était désinvestie, immature et unidimensionnelle[84] (bonhomme bâton). Les éléments fondamentaux étaient manquants (yeux, nez, bouche et cheveux) et la production, au-delà de petite, était complètement cantonnée au coin supérieur droit de la feuille. Lorsque je lui fais passer un bilan en avril 2016, le bonhomme de Baptiste a évolué[85] : il prend désormais plus de place sur la feuille, et les éléments qui manquaient jusque-là sont présents, même si très peu détaillés. Concernant Victor, son dessin a évolué notamment au niveau de la représentation des membres inférieurs qui sont plus détaillés, mais également au niveau du visage et de l'expression de ce dernier : dans sa production la plus récente[86], les yeux sont représentés de façon plus précise, ainsi que les oreilles qui manquaient sur celle de 2013[87].

  En 2016, tout en tenant compte de ses difficultés graphiques, le dessin de Victor se situe, d'après la cotation, aux alentours de six ans, contre cinq ans en 2013. Il en va de même pour celui de Baptiste, qui se situe dans la tranche des quatre ans, à l'inverse du premier qui se situait aux alentours de trois ans. Sur un plan purement anatomique, je fais l'hypothèse d'une meilleure représentation des parties du corps qu'auparavant, même si plusieurs détails manquent encore. D'un point de vue plus fantasmatique, je peux émettre l'hypothèse que la prise d'envargure du bonhomme de Baptiste se répercute au propre engagement corporel dont il fait preuve au fil des semaines. Chez Victor, la représentation plus détaillée du visage, et notamment des expressions – les gros yeux, la bouche qui parait triste - se rapporte au travail que nous effectuons autour des émotions depuis le début du semestre. Je souligne néanmoins le caractère hypothétique de ces suppositions , et préfère rester prudente car ce test n'est pas à interpréter sans d'autres épreuves complémentaires.

Pour ces deux adolescents, la représentation construite du puzzle bonhomme est réalisée sans aide et sans erreurs, mais avec une lenteur pour Baptiste, qui semble avoir besoin d'un temps de réflexion. L'appariement d'images à des parties du corps, révèle par ailleurs que la connaissance des parties corporelles est en cours d'acquisition. En ce qui concerne

[84] *Cf.* Annexe 2
[85] *Cf.* Annexe 3
[86] *Cf.* Annexe 5
[87] *Cf.* Annexe 4

l'épreuve du sens musculaire en fonction de la mémoire kinesthésique, Baptiste présente une bonne organisation gestuelle globale (yeux-ouverts/ yeux-fermés), cependant, une coordination oculomotrice inadaptée.

La motricité faciale de Victor est assez pauvre, avec une difficulté à réaliser la plupart des mouvements, qu'ils soient bilatéraux ou unilatéraux. Lors des séances passées sur les émotions, il a été demandé à Victor de mimer des émotions, ce qu'il a eu du mal à faire. Au niveau de la motricité faciale de Baptiste, les mouvements bilatéraux sont possibles, bien que réalisés avec une faible amplitude, ce qui peut les rendre parfois imperceptibles. Les mouvements unilatéraux sont impossibles.

d. Les troubles praxiques

Il est difficile de distinguer un trouble praxique et un trouble lié au manque de commande volontaire dû à une impossibilité d'origine organique.

Chez Baptiste et Victor, la réalisation des gestes fins varie en précision, révélant pour les deux des difficultés de déliement digital. Cela peut être mis en lien avec l'atteinte respective de leurs membres supérieurs.

e. Les troubles de la latéralité

La latéralité se met en place plus tardivement. Ces adolescents se latéralisent en outre par obligation en fonction de leurs atteintes.

Victor présente une latéralité homogène à droite au niveau manuel. Les notions de droite et de gauche sur lui sont acquises. La réversibilité est quant à elle en cours d'acquisition : Victor nécessite en effet toujours d'un certain de temps de réflexion. Baptiste présente quant à lui une latéralité homogène à gauche aux niveaux podal, oculaire et manuel. Lors du premier bilan, les notions de droite et de gauche sur lui semblaient acquises, ainsi que le principe de réversibilité. Néanmoins, j'ai pu constater lors des séances quelques difficultés à repérer la droite de la gauche dans un référentiel allocentré. Le bilan que je lui ai fait passer en 2016 n'a en revanche révélé pratiquement aucune erreur. J'émets alors l'hypothèse que ces confusions concernant les notions de gauche et de droite peuvent être dues à sa fatigabilité et à ses difficultés à maintenir une attention soutenue. En effet, lorsque nous le corrigeons à ce

sujet, Baptiste ne fait plus la faute et il lui arrive de se reprendre lui-même. Il semble donc que le principe de réversibilité est compris, mais qu'il nécessite encore une attention particulière pour effectuer cette rotation mentale.

f. Trouble de l'organisation spatiale

Pour avoir accès aux repères allocentrés et ainsi se projeter dans l'espace environnant afin de le maitriser, il faut au préalable avoir une connaissance corporelle bien stable, avec des repères spatiaux égocentrés. Or, certains adolescents vont avoir du mal à percevoir et explorer l'espace à cause de leur déficit moteur, de leurs troubles sensitifs et visuels.

- **La structuration spatiale** : celle de Baptiste et Victor est correcte. Le vocabulaire topologique de base pour se situer, situer les objets entre eux, s'orienter, et orienter les objets entre eux est acquis.

- **L'organisation spatiale** : lors du bilan de Baptiste, la reproduction de figures simples (carré, rond, triangle, rectangle) ne lui pose pas de difficultés. A l'inverse, la reproduction d'une figure qu'est la figure complexe de Rey souligne des difficultés de visuo-construction. Lors du bilan initial, avec une élaboration du dessin dans un sens différent de celui qui est proposé et une juxtaposition de proche en proche des différents éléments, Baptiste n'a pas su repéré les différentes figures géométriques composant le modèle (notamment le rectangle central, ce qui a pu entrainer ce défaut d'organisation). Baptiste se situe dans la moyenne d'âge d'un enfant de cinq ans pour la copie de la figure. De plus, il n'a pas été capable de la reproduire de mémoire, ne se rappelant que d'un seul élément sur toute la figure. En 2016, la construction de la figure s'avère toujours aussi laborieuse : Baptiste ne parvient pas à s'organiser et semble craindre de se lancer dans la copie. De fait, la restitution de mémoire s'est également faite difficilement ; même si par mon étayage verbal, Baptiste a pu restituer deux éléments. Je pense que ces difficultés apparentes d'organisation spatiale sont à corréler à son manque de confiance en lui et sa peur de l'échec.

La reproduction de figures simples chez Victor est approximative, du fait de sa pathologie, mais il est capable de les nommer. En revanche, la reproduction de la figure de Rey simplifiée met en avant, comme pour Baptiste, de grosses difficultés visuo-constructives et souligne à nouveau son trouble neuro-visuel. La figure n'est pas cotable, que ce soit en copie ou en mémoire, car très peu d'éléments sont reconnaissables.

- **L'orientation spatiale** : les deux adolescents en question sont tous deux capables de construire un parcours par rapport à un plan. Cependant, ils semblent se déconcentrer rapidement, ce qui entraine quelques erreurs qu'ils sont cependant capables de corriger seuls, une fois que la psychomotricienne ou moi faisons la remarque.

- **L'adaptation spatiale** : celle de Baptiste est inadaptée. En effet, sur plan tridimensionnel, une mauvaise évaluation des distances est constatable, que l'on nomme dysmétrie. Baptiste ne parvient pas toujours à réajuster son corps, ni son déplacement de façon adéquate au cours de l'action. Ceci peut mettre en évidence des difficultés dans la planification et dans la correction de l'action motrice. Celle de Victor, qui n'a pu être évaluée lors des bilans, est malgré tout mise en avant dans le groupe marche, lors de ses déplacements en déambulateur. Lorsque nous effectuons des parcours, Victor parvient à anticiper l'obstacle et à l'éviter. Toutefois, son attention a tendance à se porter ailleurs, ce qui l'entraîne à buter régulièrement dans les obstacles sur son trajet. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'un problème d'adaptation spatiale à proprement dit. En effet, une mauvaise intégration de l'appareillage au schéma corporel pourrait être la cause de cette mauvaise adaptation spatiale.

2) Impacts du handicap et blessure narcissique

Comme le soulignent P. Mazet, D. Cohen et S. Fausse, la problématique de l'estime de soi chez les adolescents en situation de handicap à toute son importance[88], dans cette période de vie où les chamboulements psycho-corporels sont nombreux. En revanche, les répercussions dans la relation des parents à leur enfant diffèrent en fonction du moment d'apparition du handicap. C'est pourquoi j'ai décidé de décrire successivement les principales conséquences, premièrement d'un handicap d'origine congénitale, comme c'est le cas pour Baptiste et Victor ; et deuxièmement d'un handicap acquis à l'adolescence, comme j'ai pu en rencontrer au sein de l'IEM.

[88] Cohen D., Fausse S. & Mazet P., 2005, p. 22

a. *Lorsque l'enfant nait handicapé*

L'annonce du handicap à la naissance provoque chez les parents une profonde rupture avec l'image de l'enfant fantasmé durant la grossesse. La relation des parents à l'enfant va se trouver alors modifiée, et avec elle les projections sur l'enfant[89] : «L'enfant handicapé envoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître, et partant, à reconnaître l'enfant attendu, l'enfant qui se situe dans leur filiation et qui doit les perpétuer après leur mort. […] Le décalage entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel est si grand qu'un véritable de travail de deuil est nécessaire pour que l'enfant handicapé puisse avoir sa place.»[90]

Le diagnostic posé, la famille va se centrer sur la maladie et non plus sur l'enfant lui-même. Or, D.W. Winnicott décrit dans sa théorie de Handling-Holding l'importance des soins parentaux apportés au nourrisson dans son développement et dans la construction d'un «self» sain et stable par la suite. La relation de l'enfant à son propre corps va dès lors en grande partie dépendre des soins prodigués par ses parents, et de leur investissement.

Ainsi, il devient difficile, et pourtant essentiel pour l'enfant d'apprendre à grandir dans cet environnement, à connaître et s'approprier ce corps défectueux et morcelé. De plus, l'identité corporelle est mise à mal, de par les soins médicaux, bien souvent directs et brutaux, transformant alors le corps en corps objet. Là est tout l'enjeu, à mon sens, de notre profession : apprendre à ces enfants à découvrir un corps plaisir, et les inciter à partir en quête de leurs propres ressentis corporels.

b. *Lorsque le handicap survient à l'adolescence*

Dans le cas d'un handicap acquis en cette période charnière qu'est l'adolescence, toutes les identités se retrouvent mises à mal : aussi bien l'identité corporelle que les identités familiale, sociale, ou encore professionnelle. Le jeune adolescent se retrouve subitement à vivre avec un corps qui, jusque-là fonctionnel, est devenu défaillant. Ce corps qui échappe au contrôle, ce corps dépendant des autres, devient source de questionnements. La question récurrente du « que vais-je devenir ? » souligne bien l'inquiétude de ces jeunes quant à leur avenir, aussi bien social que professionnel. L'adolescent va devoir faire le deuil de ses

[89] Korff-Sausse S., 1996, p. 35
[90] *Ibid.,* p. 43

aptitudes et capacités altérées par l'accident ou la maladie. Ce travail de deuil est lui-même découpé en plusieurs étapes que sont le déni, la culpabilité, le ressentiment, la négociation et l'accommodation[91]. Ces caps restent malgré tout essentiels à franchir pour permettre au jeune de voir apparaitre un Moi différent.

[91] Alvin P. & Marcelli D., 2005, pp. 55-56

PARTIE 3 : DISCUSSION
–
LE REGARD COMME HAUBAN DE L'IDENTITE

«Nous ne sommes nous qu'aux yeux des autres, et c'est à partir du regard des autres que nous nous assumons comme nous.» [92]

[92] Sartre J-P., p. 463

J’ai mis plusieurs mois avant de comprendre l’enjeu d’une discussion au sein d’un mémoire. Discuter oui, mais de quoi ? Des théories citées précédemment ? De ma clinique ? Dans ma quête d’un sujet accrocheur, je ne trouvais rien, et j’ai fini par mettre la question de côté. C’est ainsi qu’un jour, en relisant mon travail, cela m’a frappée. Ce fameux sujet sous-tendait chacune de mes phrases, y compris la question centrale même de mon mémoire, sans que jamais je ne l’aperçoive. Et pourtant, il était là. Celui du regard. J’ai réalisé que cette question était abordée à chaque fois dans ma clinique, sans que je ne l’approfondisse. Et pourtant, il s’agissait du fil conducteur de ma pensée, ce pourquoi j’ai choisi, inconsciemment, de vous parler dans ce mémoire de Victor et de Baptiste. Rechercher à être sous le feu des projecteurs, où au contraire dans l’ombre des coulisses, telle est la différence frappante entre ces deux jeunes. Un point clef relie cependant ces opposés : la question du regard.

Je trouve assez ironique de ne pas m’être rendue compte avant de l’ampleur de la question du regard, ayant moi-même, durant mon adolescence, accordé une place monstrueuse à celle-ci. «Que vont-ils penser de moi, si je fais cela ?», «S’ils me regardent comme ça, qu’est-ce que cela signifie ?» : autant de questionnements qui faisaient mon quotidien. Jugements, opinions, avis. Dans mon manque de confiance en moi, cette question du regarde de l’autre pesait sur mes épaules, m’handicapant au sens littéral du terme. Il est vrai que les études en psychomotricité m’ont permis d’affronter ce «monstre du placard», de par tous les travaux dirigés dans lesquels nous étions systématiquement soumis au regard des autres.

En songeant à l’importance qu’a eu le regard dans mon adolescence, je me suis mise à réfléchir à celle qu’il pouvait avoir chez des adolescents porteurs d’un handicap moteur, et quel impact cela pouvait-il avoir dans leur construction identitaire. Cette réflexion est apparue au fil de mes observations cliniques, durant lesquelles j’ai pu voir l’importance du regard chez Victor et Baptiste. Comme une petite graine en train de germer, plusieurs questionnements me sont apparus. Aussi vais-je dans un premier temps expliciter de façon générale l’importance du regard comme fondateur de l’image de soi, avec tous ses enjeux dans le développement de l’enfant. J’aborderai ensuite son impact sur la construction identitaire de l’adolescent porteur d’un handicap moteur. Toutefois, le vécu du regard reste un sujet éminemment subjectif et intime. C’est pourquoi la continuité de ma discussion ne sera basée que sur les hypothèses que mes observations ont fait émerger, que j’éclairerai de notions théoriques. Je m’appliquerai à décrire ce qui me semble être le fonctionnement de ces deux jeunes face au regard d’autrui, même s’il me faut avouer que le rapport de Victor au regard s’avère être plus ambivalent, et laisse chez moi certaines nébuleuses.

LE REGARD DANS LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE

Avant d'aborder la question du regard, il me semble essentiel dans un premier temps de définir l'image du soi, afin de délimiter les enjeux du regard dans sa construction. J-L. Pedinielli définit l'image de soi comme étant «le support de l'identité, c'est à dire l'ensemble des représentations conscientes ou inconscientes que le sujet se fait de lui-même : image du corps, images spéculaires, représentations concrètes, mais aussi valeurs et propriétés qu'il s'attribue.»[93] Cet ensemble de représentations est sous-tendu par le regard que l'individu porte sur lui-même ; mais ce dernier est très en lien avec le regard que les autres ont sur lui. Même si d'autres facteurs sont bien évidemment mis en cause dans la construction de l'image de soi, je ne m'appliquerai ici qu'à développer la question du regard dans ce processus.

I. LES FONCTIONS DU REGARD

C. Aubry et S. Rouchy ont développé quatre fonctions principales du regard[94] : une fonction d'exploration, une fonction de communication, une fonction de miroir, et une fonction de soutien. Ces quatre fonctions ont à mon sens toute leur importance dans la construction de l'identité chez le jeune enfant : c'est par le regard que vont se tisser les liens d'attachement, s'amorcer la constitution d'un soi propre, mais aussi grâce au regard.

Les premières figures auxquelles se réfère le nourrisson sont les imagos parentaux. C'est grâce à ces derniers que s'amorce sa construction identitaire. Afin d'aborder par la suite la question du regard porté sur l'enfant handicapé, je me suis penchée sur la question du regard parental dans ce processus.

[93] Pedinielli J-L., 2000, p. 346
[94] Aubry C. & Rouchy S., 1995, pp. 73-78

1) Le regard, à la conquête de l'espace

A. Bullinger souligne l'importance du regard dans l'exploration de l'espace chez le nouveau-né : «quand l'œil «parle» à la main, leur langage est l'espace.»[95]. Petit à petit, l'enfant va, au cours de son développement postural et psychomoteur, orienter son corps en fonction de là où il posera son regard. Ainsi, il va pouvoir, progressivement, découvrir et avoir une action sur l'espace dans lequel il progresse. Le regard permet ainsi d'appréhender l'espace environnant. Le fait de pouvoir agir activement sur son espace et d'expérimenter toutes sortes de choses va permettre à l'enfant de distinguer ce qui provient de lui ou de l'extérieur. Dans cette figuration dedans-dehors, il va pouvoir prendre conscience de la présence de l'autre comme différent de lui, et ainsi aller à sa rencontre.

2) Le regard dans la fonction communicative

Le regard est teinté d'une subjectivité certaine : deux enfants peuvent voir la même chose, mais ne pas le vivre de la même façon. Il en va de même dans la rencontre avec autrui. En effet, lorsque nous rencontrons quelqu'un, le premier contact se fait par le regard. Ce dernier prend toute son ampleur dans la communication non-verbale. Outre les autres canaux décrits par J. Corraze[96] que sont la posture, les mimiques, la gestualité, le regard est selon moi celui par lequel nous exprimons le plus de nous-mêmes. Bien avant les premiers mots, nous nous forgeons déjà une idée de cet individu : nous observons sa posture, son apparence, son visage… En quelques fractions de secondes, un jugement se fait. C'est ce dernier qui va induire l'attitude à adopter face à cet inconnu ; sous-tendue par l'attirance, ou à l'inverse le rejet ou le dégoût. Ces sentiments vont être exprimés dans le regard, qui joue alors un rôle fondamental dans la communication.

D'une façon plus générale, c'est par le regard que se manifestent nos émotions. Mais il s'associe bien souvent aux autres modalités d'expression infra-verbales, venant ainsi soutenir ou à l'inverse contredire notre discours.

Le regard, conjoint bien sûr aux autres canaux communicationnels, peut s'avérer plus évocateur que le discours et va transmettre implicitement le vécu de l'individu. Il est important de comprendre et de décoder cette communication notamment en psychomotricité.

[95] Bullinger A., 2013, p. 88
[96] Corraze J., 2001, p. 16

Ainsi, le regard remplit plusieurs fonctions de miroir : bien souvent qualifié de «miroir de l'âme», il est également le reflet de ce que perçoivent les autres de nous.

3) Le regard comme miroir

D'après M. Bernard, «notre corps est un constant appel et une constante référence au corps d'autrui et d'abord à son regard qui me valorise comme objet digne d'être aimé, bref me juge. Le regard et le jugement d'autrui nous dérobent ainsi notre corps et nous le façonnent à son désir»[97]. Comme j'ai pu le décrire auparavant dans mon développement[98], les regards extérieurs ont un impact essentiel dans la construction de l'adolescent. C'est ainsi qu'au cours de mon stage, je me suis interrogée sur la vision du corps handicapé, ainsi que sur ses conséquences dans la construction de l'adolescent.

a. Le stade du miroir

Le stade du miroir est une théorie évoquée par H. Wallon. Le miroir permettrait en effet de donner au corps propre son image extéroceptive[99]. C'est au XIV^{ème} Congrès International de Psychanalyse à Marienbad en 1936, que J. Lacan approfondit cette notion de stade du miroir. Ce dernier qualifie cette étape comme étant primordiale à l'acquisition d'un «Je», autrement dit de la subjectivation de l'enfant. Il se décompose en trois stades dans lesquels on retrouve la genèse du moi, la conquête de l'identité et de la conscience du corps propre. Ces différentes étapes se déroulent du sixième au dix-huitième mois de vie du jeune enfant :

- Dans un premier temps, l'enfant perçoit son reflet dans le miroir, et pense qu'il s'agit d'un être réel, différent de lui. Ainsi, l'enfant va tenter de le toucher, de l'attraper. C'est le temps de la réalité
- Vient ensuite le temps de l'imaginaire, durant lequel l'enfant va réaliser que le reflet n'est en réalité pas un être fait de chair et d'os. Il comprend qu'il s'agit d'une image, mais qu'il ne qualifie pas encore comme étant la sienne. Ce fait étant établi, l'enfant va cesser de chercher à toucher son reflet.

[97] Bernard M., 1995, p. 103
[98] *Supra.*, p. 28
[99] Wallon H., 2009, p. 218

- Lors de l'ultime étape, celle du symbolisme, l'enfant va reconnaître cette image comme étant la sienne. Par la même occasion, il prend conscience de la présence de l'image spéculaire de l'autre dans le miroir, qui est bien souvent celle de la mère.

A l'issue de ces trois stades, l'enfant va pouvoir voir et regarder son propre corps comme étant un tout unifié, une globalité. La présence de l'autre dans le miroir va venir étayer et solidifier cette impression d'image unifiée, en le verbalisant et en le montrant physiquement.

Toutefois, comme le souligne B. Glose[100], le stade du miroir ne dépend pas uniquement de la présence d'un miroir matériel. En effet, le regard-miroir que portent les personnes entourant sur le petit enfant va venir refléter sa personnalité et son devenir.

b. Le regard miroir de la mère

Selon E. Pireyre[101], le regard permet la construction identitaire du jeune enfant. Il parle de fonction de miroir du regard au sens premier du terme. Le regard entre la mère et son bébé va être l'un des premiers facteurs enclenchant le processus d'attachement[102]. L'enfant va par ailleurs découvrir dans les yeux de sa mère une image qui s'avère être son reflet. Cela pose les bases du processus d'individuation, notamment avec la question du dedans/dehors, de l'existence d'un soi et d'un autre. Cette construction identitaire se fait dans le tout premier regard auquel s'accroche le nouveau-né ; qui est en général celui de la mère.

D.W. Winnicott corrobore cette idée que le nourrisson va s'identifier au travers du regard de la mère. «La mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit.»[103]. Au travers de ces regards-miroirs, l'enfant va acquérir la certitude de ses capacités, développant ainsi une confiance en soi nécessaire qui jalonnera un narcissisme suffisamment solide pour se construire sa propre identité. Dans la continuité de son développement, l'enfant va par la suite s'attacher à l'image que lui renvoient les autres membres de son entourage[104], chacun ayant une pierre à apporter dans l'édifice de la construction d'un «soi» propre.

---

[100] Golse B., 2001, p. 160
[101] Pireyre E., 2011, p. 64
[102] Descamps M-A., 1989, p. 88
[103] Winnicott D.W., 1975, p. 207
[104] *Ibid.*, p. 214

La fonctionnalité du regard comme miroir permet à l'enfant de se construire et de se reconnaître en tant qu'individu. C'est en effet en regardant son enfant que la mère va permettre à ce dernier de devenir un «je» construit. A l'adolescence, sont réactivés les processus identificatoires de la petite enfance. Ce sont les changements pubertaires qui vont réactiver le stade du miroir, ainsi que le besoin accru de reconnaissance dans le regard d'autrui. Ainsi, le regard chez l'adolescent va prendre toute son ampleur ; me vient alors la question de son impact dans le cadre du handicap. Comment transparaît le regard face au handicap physique ? Quelles conséquences cela porte t-il sur la construction identitaire de l'adolescent ? Comment ce dernier est-il vécu chez Baptiste et Victor ?

II. REGARDS SUR LE HANDICAP

1) Le regard parental

Nous aurons compris l'importance du regard du parent sur son enfant. Lorsque ce dernier est porteur d'un handicap, les interactions établies se retrouvent mises à mal de par les difficultés que peuvent rencontrer les parents dans l'accordage à leur enfant. Il est fréquent que certains soient démunis et ne sache pas comment s'adapter à l'étrangeté – quelle que soit la forme qu'elle puisse prendre – de leur descendance. Dans des pathologies comme l'autisme, il peut s'avérer que ce soit l'enfant qui n'ait pas les ressources nécessaires pour entrer en relation avec ses parents.

Par ailleurs, d'autres parents peuvent se retrouver confrontés à des difficultés d'acceptation de la pathologie. En effet, si certains parents semblent faire le deuil de l'enfant fantasmé durant la grossesse, d'autres se retrouvent parfois plus en difficulté, et peuvent manifester certains signes de dépression, de culpabilité, voire de rejet de leur enfant. Cette attitude va avoir un impact sur la construction de la personnalité du tout petit. Comme je le disais ci-dessus, le regard de la mère reflète tel un miroir ce qu'elle perçoit de son enfant. De fait, l'enfant vit au travers du regard de ses parents la souffrance provoquée par le handicap.

Dans le cas d'une dépression maternelle, les interactions précoces vont difficilement se mettre en place : le processus de préoccupation maternelle primaire[105] défini par D.W. Winnicott se retrouvant entravé, la mère est alors moins disponible psychiquement et physiquement pour répondre aux besoins de son enfant. Les échanges affectifs, notamment

[105] Winnicott D.W., 2003, p. 287

ceux passants par le regard, sont appauvris. Le regard perd sa fonction première de miroir, et ne renvoie plus à l'enfant que le handicap dont il est porteur et la tristesse que ce dernier engendre.

Certains parents ne peuvent se résoudre à accepter le handicap de leur enfant. C'est ainsi que parfois des attitudes de rejet plus ou moins conscientes sont adoptées. Malgré tout, l'enfant perçoit ce sentiment et la déception qui l'accompagne. D'après M. Ringler, «la première réaction de ses parents de refuser la réalité de son handicap le met en position de flotter dans une sorte de *nulle part* familial où il lui est difficile de prendre racine.»[106]. Comment, de fait, se construire une identité stable, fondée sur une image de soi positive ? Car l'enfant, en grandissant, ne va-t-il pas développer à son tour un sentiment de culpabilité, du fait de ne pas répondre aux attentes et aux fantasmes de ses parents ?

D'autres parents, face au handicap de leur enfant, adoptent une posture de surprotection. Du fait de leur pathologie, certains se retrouvent en difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, et nécessitent d'un accompagnement constant des parents. Arrivés à l'adolescence, ces personnes sont souvent considérées comme des enfants, les empêchant d'acquérir le statut d'adolescent et l'autonomie qui va avec, comme M. Ringler peut le souligner : «les familles qui préservent trop étroitement leur enfant l'empêchent de faire cette expérience nécessaire du risque. Elles l'empêchent en fin de compte de se développer.»

N'ayant pas de contact avec la famille de Baptiste, j'ai pu néanmoins recueillir certaines informations dans son dossier, ainsi que de la part des professionnels de l'institution. Ce sont à partir de ces dernières que plusieurs hypothèses me sont venues.

Dans son dossier, j'ai pu apprendre que son père était décédé depuis cinq ans. Lorsque je questionne Karine à ce sujet, elle n'en sait pas plus. Cela dit, lors des réunions parentales au sein de l'IEM, elle a pu rencontrer la mère, une femme qui semble très protectrice envers Baptiste, mais néanmoins bienveillante. Elle est systématiquement accompagnée d'un homme qui semble considérer Baptiste comme son fils. Un gros point d'interrogation dans les yeux, j'en viens à me questionner sur les conséquences du décès du père. Quel impact cela a-t-il eu dans son développement ? En effet, comme j'ai pu l'expliciter précédemment[107], l'identification à l'imago parental homosexuel prend toute son importance à l'adolescence. Ainsi, à quelle figure paternelle Baptiste a-t-il pu s'identifier pour se construire ? Son beau-père a-t-il pu se substituer au père biologique dans sa fonction identificatoire ?

[106] Ringler M., 1998, p. 77
[107] *Supra*, p. 31

Je me suis par ailleurs interrogée sur la relation que Baptiste entretient avec sa mère. En effet, ce jeune homme inhibé semble très collé aux figures féminines de l'IEM, et plus particulièrement d'âge adulte. Il arrivait souvent à Baptiste au début de l'année de suivre la kinésithérapeute sur toute une après-midi. Depuis le mois de janvier, il a pris pour habitude de nous suivre après sa séance jusqu'au groupe marche, et de rester avec nous toute l'heure au gymnase. Cette angoisse de séparation à la figure adulte est explicitée par P. Jeammet[108], selon qui le manque de bases narcissiques solides entrave le processus d'individuation nécessaire à l'adolescent. L'apparente surprotection de ses parents pourrait impliquer que Baptiste ne peut expérimenter le processus de séparation-individuation indispensable à son autonomisation. Là où certains adolescents manifesteraient des comportements d'agressivité et de provocation qui vont venir symboliser la rage narcissique de ne pas être reconnu en tant qu'adolescent comme les autres, Baptiste présente une tendance au repli sur soi et à l'isolement. Ainsi, dans la relation d'attachement, il s'agit pour nous autres thérapeutes d'accompagner les parents dans la séparation à leur adolescent. Malgré leur tendance protectrice, il me semble important de noter que les parents de Baptiste sont dans une démarche de trouver des moyens de compensation et des stratégies à adopter afin d'aider au mieux Baptiste à vivre son handicap et à explorer son autonomie. Je me questionne de fait sur cette demande qui pourrait être le reflet de l'acceptation du handicap de leur fils.

Les parents de Victor sont également dans cette attitude de surprotection, mais n'entretiennent, à la différence de ceux de Baptiste, que de très rares liens avec l'IEM. Je me suis demandée pourquoi : par ce refus de contact avec l'institution, ces parents refusent-ils d'accepter le handicap de Victor ? Lorsque je lui expose mes interrogations à ce sujet, Karine m'affirme que les parents de Victor, dans leurs quelques contacts avec l'institut, seraient plutôt dans une quête de «normalité» à laquelle pourrait aspirer leur fils à son âge, selon un vrai déni des difficultés liées à l'handicap. En effet, le déni est une des étapes du deuil que j'ai énuméré auparavant[109]. Dans ce processus, les parents nient le handicap de l'enfant tant attendu et idéalisé, et de fait sont susceptibles d'adopter deux comportement : soit une recherche absolue de «réparation» de l'enfant ; soit une fuite complète de toute prise en charge rappelant le handicap de leur enfant, ce qui semble être le cas pour les parents de Victor. C'est ce même comportement de fuite que j'ai pu observer chez Victor, et que je développerai dans la partie qui suit.

[108] Jeammet Ph., 1990, pp. 190-199
[109] *Supra*, p. 68

2) Le regard des autres

Si le regard des parents est essentiel dans les premiers mois de la vie de l'enfant, les regards extérieurs viennent également impacter sa façon de se construire. C'est dans le regard de l'autre que nous bâtissons notre propre image de soi, et ce, dès le plus jeune âge. M. Nuss parle d'ailleurs de deux regards[110] : le premier, qui ne se base que sur l'apparence, et le second, plus réfléchi. Il nomme ces deux regards comme l'un «purement visuel» l'autre «mental».

Le handicap moteur, visible dès le premier regard, marque l'enfant du sceau de l'anormalité. Pour reprendre la théorie d'E. Goffman[111], le Stigmate attribué par la société aux personnes en situation de handicap se reflète dans les regards extérieurs, leur rappelant constamment leur différence. C'est sur la base de ces regards effrayés, inquiets, fuyants ou curieux, que va se modeler l'identité de la personne. Pour aller dans ce sens, M. Nuss affirme que l'on «ne nait pas handicapé, on le devient par le regard des autres et les personnes sociales.»[112]. Le handicap n'est pas un état, mais un statut conféré par la société.

Comme je le disais auparavant, Baptiste et Victor présentent tous les deux un rapport au regard de l'autre différents. Victor cherche à se mettre en avant mais paraît malgré tout tenter de grimer sa véritable personnalité au profit d'une factice davantage exubérante. Baptiste quant à lui, par son attitude corporelle, semble vouloir s'effacer de la vue du monde entier, mais parait pourtant cruellement en besoin d'un regard porteur et valorisant. Ces deux jeunes ont un rapport au regard de l'autre diamétralement opposé, et paraissent pourtant en quête d'une seule et même chose, éternelle et commune à tout adolescent : une identité qui leur est propre.

a. *Baptiste : l'incandescence par le regard*

Au début de l'année, Baptiste était un jeune homme isolé, qui n'entretenait que de rares relations avec ses pairs. Dans sa posture voutée, il me donnait l'impression de vouloir disparaître du regard des autres, comme voulant se faire le plus petit possible. Ses interactions

[110] Article de Nuss M. sur l'identité de la personne handicapée pdf (consulté le samedi 26 mars 2016): http://nussmarcel.fr/blog/wp-content/uploads/2010/12/extrait-id-personne-handicapee.pdf, p. 12
[111] *Supra*, pp. 48-49
[112] Article de Nuss M. sur l'identité de la personne handicapée pdf (consulté le samedi 26 mars 2016): http://nussmarcel.fr/blog/wp-content/uploads/2010/12/extrait-id-personne-handicapee.pdf, p. 11

ne se résumaient qu'à celles qu'il entretenait avec les soignants de l'institution. Je sentais chez lui ce besoin pressant de reconnaissance dans le regard de l'adulte afin d'être étayé, et soutenu. Aujourd'hui, Baptiste semble progressivement s'ouvrir à ses pairs. Quand je le croise dans l'IEM, il se trouve systématiquement en compagnie d'autres jeunes, bien souvent de Victor. Même si la dépendance à l'adulte est toujours présente, il s'est entouré d'un groupe d'amis avec qui il partage plus de temps. Ce progrès est très positif car signe ce besoin d'identification à un groupe de pairs, et l'envol vers une indépendance nouvelle.

b. Victor : être regardé, c'est se sentir exister

Dans la relation à ses pairs, Victor est un jeune homme qui tend à se mettre en avant. Il parle fort, taquine les autres. Je le voyais initialement comme un jeune homme plein d'assurance, qui n'hésitait pas à s'affirmer face aux autres. L'assurance qu'il semblait chercher à se donner en se mettant davantage en avant contraste avec son apparence physique négligée. Le visage qui porte les stigmates d'un petit déjeuner englouti, les cheveux ébouriffés, une veste de jogging à moitié enlevée, Victor est un jeune homme pour qui l'apparence physique semble avoir très peu importance. En apprenant à le connaître, et en découvrant le rapport complexe qu'il semble entretenir avec sa propre personne, cet adolescent m'a donné à découvrir une facette beaucoup plus sombre de lui. Les nombreux conflits avec ses pairs auxquels il était mêlé me questionnaient. Ce sont ces mêmes conflits qui venaient parasiter son esprit lors des séances. Après une longue réflexion, conjointe à celle de Karine, j'en suis venue à me demander si Victor pouvait exister autrement que par le regard des autres. Chercher à être celui qui parle le plus fort, celui que l'on remarque, ou encore provoquer le conflit avec ses pairs ne sont-ils pas de moyens pour Victor de se sentir exister ? Le fait de nous conter de façon récurrente ses histoires, en se plaçant systématiquement en victime, n'est-il pas un moyen de chercher dans notre regard une certaine forme de compassion ?

Ainsi, l'objectif en psychomotricité - conjoint à celui d'autres professionnels de l'établissement - est d'aider Victor à exister autrement que dans la confrontation à ses pairs. L'objectif pour Baptiste est à l'inverse d'accepter d'être vu, et de se sentir exister sous le regard de l'autre. L'originalité du regard du psychomotricien va ainsi venir étayer ces buts.

LE REGARD EN THERAPIE PSYCHOMOTRICE

I. LE REGARD DU THÉRAPEUTE

La thérapie psychomotrice donne un rôle important au regard. D'ailleurs, la première rencontre qu'est le bilan se fait sous le signe de l'observation, où le regard est mis en mots par le psychomotricien «je vais regarder comment est-ce que tu fais». A la fois bienveillant et empathique, son regard a pour particularité de prendre en compte l'individu dans sa dimension bio-psycho-sociale. Conscient des difficultés de ce dernier, le psychomotricien met en valeur les capacités de l'adolescent afin de permettre une revalorisation narcissique et de contribuer au renforcement de l'image de soi. En effet, les adolescents sont encore dans un entre-deux, et alternent entre besoin d'autonomie et infantilisation. Ils ont besoin du regard de l'adulte pour les soutenir et les étayer.

Dans la problématique du handicap moteur, le corps devient bien souvent le lieu d'expression de maux difficiles à mettre en mots. Il est ainsi de notre rôle, à l'IEM, d'aider ces jeunes à vivre avec leur handicap. Si ce n'est l'accepter, l'objectif est qu'ils puissent néanmoins prendre conscience de leurs difficultés tout en s'étayant sur leurs capacités pour se développer le plus harmonieusement possible. Ainsi, notre regard de thérapeute doit leur permettre de trouver la confiance adéquate pour se sentir valorisé et se construire une identité solide.

1) Regard empathique, regard bienveillant

«L'empathie réfère à l'aptitude de l'aidant à manifester à son client qu'il comprend ses propos. Un élément central de l'empathie est de laisser savoir à l'autre que ses points de vue ont été entendus et compris.»[113]. Si le terme de client n'est selon moi pas le plus adapté, il est certain que le psychomotricien présente cette capacité à accueillir les souffrances du patient et d'essayer de les comprendre. Le regard du thérapeute se doit d'être le plus empathique possible, afin que le sujet se sente compris et en confiance. Il faut cependant être vigilant à ne

[113] Egan G. & Forest F., 1987, p. 77

pas basculer dans la sympathie, processus par lequel nous nous identifions complètement à l'autre, mettant ainsi de côté notre intégrité psychique.

Il nous a été essentiel pour Karine et moi d'accueillir les difficultés de Victor et Baptiste en toute bienveillance et neutralité. Tel le regard de la mère sur son enfant, celui du psychomotricien permet en effet le portage physique et psychique de son patient. Il ne s'agit pas pour nous de relater uniquement leurs difficultés, mais principalement de mettre en avant leurs capacités, et ce dans le but d'apprivoiser le narcissisme de ces deux adolescents et de les revaloriser.

Comme j'ai pu le décrire lors de ma partie clinique, Baptiste s'est avéré être un adolescent littéralement replié sur lui-même. Dans les premiers mois de prise en charge, il se mobilisait peu, et paraissait vouloir prendre le moins d'espace possible dans la salle, comme s'il recherchait à s'effacer de notre vue. Baptiste est un jeune homme peu sûr de lui, en constante demande de réassurance. Le dessin du bonhomme qu'il a réalisé en 2015 en est la preuve : on peut observer une production cantonnée au coin droit de la feuille, petite et très peu détaillée. Ce dessin est une jolie métaphore de l'occupation de l'espace de Baptiste.

Le manque accru de confiance en soi qui caractérise Baptiste semble exprimer une certaine insécurité de base. D'après M. Ringler, «[le jeune déficient] est un enfant en quête de sécurité, quête qui peut revêtir des formes très variées comme nous venons de le voir : quête affective ; quête de vérité sur la réalité ; quête de légitimité ; quête d'identité ; quête de reconnaissance ; etc.»[114] C'est grâce à la sécurité de base que nous offrons à ces jeunes qu'ils pourront prendre conscience de leurs capacités et ainsi s'ouvrir au monde. Ainsi, le regard à porter sur Baptiste en séance se devait d'être le plus bienveillant possible, afin qu'il puisse se sentir en confiance et qu'il ose s'ouvrir à l'espace et au monde.

En ce qui concerne Victor, il s'agit d'un jeune homme qui tente d'attirer les regards sur lui en provoquant et exhibant les conflits avec ses camarades. Ces derniers prennent d'ailleurs beaucoup de place dans les séances de psychomotricité : Victor se laisse bien souvent déborder par ses préoccupations et éprouve le besoin de s'épancher en notre présence. Tout en restant attentives et bienveillantes aux mots de Victor à ce propos, Karine et moi prenions également soin de le ramener au contenu de la séance. Bien souvent, il devenait mal à l'aise, comme lors de la séance travaillant les émotions[115]. Nos regards paraissaient alors devenir intrusifs, et provoquaient parfois chez ce jeune des réactions de prestance, des rires gênés. De par son comportement, ce jeune homme semble être comme ses parents ; dans un

[114] Ringler M., 1998, p. 119
[115] *Supra*, pp. 39-40

évitement constant de ses difficultés liées directement à son handicap. Lors d'une tâche qui lui semble trop complexe, il préfère devancer l'échec en annonçant «c'est trop dur, je n'y arrive pas», sans prendre parfois le temps d'essayer.

Contrairement à Baptiste, chez qui la question du regard m'est apparue limpide, Victor est un jeune qui a provoqué chez moi énormément de questionnements tout au long de l'année. Toutefois, l'impression que j'avais initialement s'est avérée confirmée par ce que j'ai pu observer au fil du temps. Par les difficultés relationnelles qu'il exhibe, Victor semble vouloir faire écran, détourner notre regard des difficultés propres à son handicap. L'image qui s'est imposée à moi à été finalement celle d'un jeune ne vivant et ne pouvant se construire qu'au travers des autres et de leurs problèmes, afin d'éviter d'être confronté aux siens. Mettre en scène les conflits avec ses pairs, afin de laisser dans l'ombre des coulisses le handicap qui le stigmatise.

Autant Victor que Baptiste, il me semble que ces deux jeunes manifestent le besoin pressant d'être portés pour parvenir à faire face à leur handicap. C'est pourquoi, outre la bienveillance et l'empathie, notre regard se doit d'être contenant afin de les pousser vers l'autonomisation.

2) Regard contenant

La présence corporelle du psychomotricien se doit donc d'être contenante. Les premières formes de contenance apparaissent au tout début de la vie, lors des interactions entre la mère et son nourrisson. Cette contenance est plus tard essentielle dans le processus d'individuation de l'adolescent. C'est en rejouant la fonction alpha de la mère que le psychomotricien vient dans sa prise en charge offrir un étayage supplémentaire de contenance, et propose pour ce faire un regard enveloppant et porteur. E. Séchaud cite G. Lavallée[116] qui parle du toucher à distance, par le regard. Cette enveloppe visuelle va venir contenir le patient et renforcer ainsi son sentiment de sécurité et de confiance.

Le besoin de sécurité est très présent chez Baptiste. La contenance de nos regards, à Karine et moi, lors des séances lui a permis de s'ouvrir progressivement. Si notre regard pouvait au départ l'inhiber, nous avons pu constater chez Baptiste certains signes de mises en confiance : il se mobilise désormais plus aisément dans l'espace ; s'exprime de plus en plus. Il peut en outre prendre des initiatives, là où il s'en remettait auparavant à l'adulte. Cette prise

[116] Anzieu D. & Séchaud E., 1995, p. 14

de place dans l'espace se manifeste également au travers du dessin du bonhomme de Baptiste : alors cantonné dans le coin droit de la feuille en mai 2015, celui d'avril 2016 se veut plus imposant, et situé au milieu de la feuille. «en dessinant, l'enfant figure et spatialise sa relation au monde et à lui-même dans une tentative de représentation mentale dont le dessin serait l'intermédiaire ; c'est une structure du corps que l'enfant projette dans son dessin.»[117]

Pour le «porter» plus encore, nous avons pris pour habitude d'effectuer avec Karine une «danse de la victoire» à chaque activité correctement réalisée. Au début de l'année, Baptiste ne faisait que nous observer, figé. Lorsque nous lui proposions de danser avec nous, sa réponse restait systématiquement non. Malgré tout, en mars, là où se mouvoir sous notre regard était insurmontable, Baptiste put nous accompagner en agitant la «main de la victoire». Ce progrès montre bien la confiance qu'il prend progressivement au fil des séances en lui et en notre bienveillance.

Chez Victor, l'enveloppe que constituent nos deux regards le contient d'une façon différente. Pour ce jeune qui a tendance à partir dans des ruminations continuelles, la contenance que nous lui offrons par le regard lui permet désormais de revenir au cadre de la séance et de ne pas se laisser envahir par ses ruminations. Ainsi, ses divagations se font de moins en moins fréquentes en séance, et Victor peut désormais se rendre beaucoup plus disponible psychiquement aux propositions que nous lui faisons.

De fait, la bienveillance et la contenance que transmet le thérapeute par son regard renvoient à la notion de sécurité de base dont il est garant lors de ses séances. Or, cette sécurité de base est essentielle au jeune pour se constituer une assise solide permettant d'enclencher le processus de séparation-individuation. C'est ainsi que pourra s'autonomiser progressivement l'adolescent.

3) S'autonomiser sous le regard du thérapeute

Au sein de l'IEM, le travail d'autonomisation est prépondérant avec ces adolescents en voie d'insertion socioprofessionnelle. C'est ainsi l'un des objectifs que Karine et moi avons souhaité défendre dans la prise en charge de chacun des deux jeunes en question.

Maintenant qu'il semble s'ouvrir aux autres, y compris à nous, Baptiste s'autorise à prendre certaines initiatives. Il ose à présent frapper à la porte de la salle, lorsqu'au début il

[117] Roitman-Savary E., 2002, p. 39

attendait assis dans le couloir sans jamais oser se manifester. Il peut désormais proposer certaines choses en séance, et semble se faire de plus en plus confiance. Cependant, c'est un jeune homme qui reste encore aujourd'hui très attaché à l'adulte, et qui éprouve toujours le besoin de nous accompagner au groupe marche.

Victor peut quant à lui rester plus aisément concentré en séance. Il n'a plus ce besoin excessif de la contenance de notre regard pour éviter d'être envahi par ses pensées, même si ces dernières ressurgissent régulièrement. Toutefois, Victor a encore besoin d'être sollicité pour ce qui est de l'hygiène corporelle, ce qui reste une preuve d'immaturité mais également un manque d'investissement corporel.

II. MON REGARD DE STAGIAIRE

1) Ma rencontre avec le handicap moteur

Ma découverte du handicap moteur remonte à l'été 2014, durant lequel je suis partie en tant qu'accompagnatrice sur un séjour pour adultes. Trois d'entre eux présentaient une infirmité motrice cérébrale. Le quatrième était cérébro-lésé, à la suite d'un accident de la route. J'avais décidé de partir sur ce séjour, piquée par la curiosité de découvrir le handicap dans un autre contexte que l'institution. Ce serait mentir que de dire que je n'appréhendais pas ce moment. Ma crainte principale était celle du regard que j'allais porter sur ces personnes lorsque je les rencontrerai. Qu'allaient-ils lire dans mes yeux ? Du dégoût, de la pitié ? Je pense que c'est la deuxième option qui l'emporta. Mais ce sentiment s'est très vite dissipé, à mesure que j'ai appris à connaître ces personnes. Il s'est avéré qu'ils étaient comme vous, comme moi, fait de chair et d'os, capables d'émotions, d'humour, et de tellement d'autres choses. J'ai vu la barrière de la différence se lever entre eux et moi. Je me suis rendue compte que j'étais justement passée «de l'autre côté de la barrière» lorsque, dans la rue, je croisais les regards remplis de ce que le mien pouvait exprimer auparavant. Ces regards m'ont transpercée, comme si je devenais cette personne en fauteuil roulant, observée avec curiosité, avec gêne, parfois avec horreur. J'ai pu ressentir ce que vivent ces personnes au quotidien, et m'imaginer l'impact que cela pouvait avoir sur leur estime de soi.

En arrivant à l'IEM, riche de cette expérience, la question du regard ne s'est pas posée de la même façon. Je n'éprouvais plus l'inquiétude de rencontrer ces jeunes gens au handicap visible. En revanche, chez ces adolescents où le regard de l'autre et le regard sur l'autre sont

au cœur du sujet, ma position en tant que jeune stagiaire éveillait en moi certains questionnements : quelle posture adopter, et quelle distance relationnelle ? La rédaction de ce mémoire m'a permis de réfléchir rétrospectivement sur mon propre rapport au regard ainsi qu'à l'impact du mien sur Victor et Baptiste.

2) Mon regard comme tiers séparateur

Comme j'ai pu l'aborder au début[118], ma présence au sein des séances individuelles a permis, selon moi de faire tiers dans la relation duelle soignant-soigné. Dans le développement de l'enfant, le regard du père vient faire tiers dans la dyade que forment la mère et son enfant. Le regard du thérapeute reprend et rappelle celui de la mère sur son enfant. Ainsi, je suis partie du principe que ma place de stagiaire pouvait symboliser l'apparition du tiers dans le couple soignant-soigné.

La place de stagiaire n'est cependant pas évidente. Plus vraiment novice, mais pas encore professionnelle, cette situation se présente dans un entre-deux, exactement au même titre que l'adolescent n'est plus un enfant, mais pas complètement adulte. Il existe un phénomène que j'ai pu remarquer dans plusieurs de mes stages : quelque soit la pathologie du patient, ses capacités de compréhension ou de conscience au monde, ce dernier voit ou ressent l'ordre hiérarchique établi entre le psychomotricien et le stagiaire. Ainsi, j'ai éprouvé quelques difficultés à trouver la position adéquate. J'avais pris le parti de rester dans un premier temps assez passive et observatrice durant les séances. Puis progressivement, je me suis autorisée à mener certaines activités, sous le regard bienveillant de Karine. Le fait d'être portée par le regard de ma maître de stage m'a permis de prendre confiance en moi, et d'affuter mon propre regard afin de me montrer le plus bienveillante et thérapeute possible.

Chez Baptiste, j'ai pu constater en début d'année la distance mise avec moi et l'accroche qu'il paraissait avoir avec la psychomotricienne, en la cherchant du regard et en s'adressant principalement à elle. C'est un comportement qu'il adopte toujours, mais à un degré plus modéré : Baptiste ose désormais s'adresser à moi, même lors de moments plus informels.

Quant à lui, Victor n'a pas semblé troublé, et m'a rapidement investie dans les séances. Malgré tout, il pouvait se montrer parfois familier, en me considérant plus comme

[118] *Supra.,* pp. 19-20

une amie de lycée que comme future thérapeute. Il m'a ainsi fallu faire attention à rappeler parfois le cadre ainsi que mon statut.

Je me suis alors demandée si le comportement de ces deux jeunes à mon égard – l'un inhibé, l'autre familier - n'étaient pas également dus à ma proximité d'âge avec eux.

3) Mon regard de jeune femme

Il m'a fallu plusieurs semaines avant de trouver une position adéquate face aux jeunes. En outre de mon statut de stagiaire, ma proximité d'âge avec ces adolescents renforce parfois le phénomène identificatoire auquel ils sont en proie. La question de la comparaison aux pairs est en effet très prégnante à l'adolescence. Il est possible que chez certaines adolescentes de l'institution, se retrouver confrontée à une jeune femme sans aucune pathologie peut parfois mettre à mal leur sentiment de confiance en elles, reflétant une fois de plus leur différence. Néanmoins au cours de mon stage, j'ai principalement été confrontée au regard des jeunes hommes, pour lesquels il n'est pas rare de s'essayer à la séduction. Je ne m'attendais peut être pas à être autant en difficulté face à la rencontre avec des jeunes d'un âge similaire au mien. En y pensant à nouveau, c'est peut-être ce qui a motivé mon besoin d'être, dans un premier temps, observatrice dans les prises en charge. Lorsque j'ai commencé à être actrice dans les séances, il m'a fallu être vigilante à garder une distance suffisante afin de ne pas créer de malentendus dans l'esprit de ces deux adolescents. Ainsi, mon regard sur eux se devait d'être adapté à la situation. De même, la question du contact physique était également délicate. Dans les séances de relaxation avec Victor par exemple, il me fallait veiller à proposer des stimulations corporelles en faisant attention aux possibles risques de débordements pulsionnels. Pour cela, je recourais préférentiellement à des médiateurs tels que des balles, ou des tissus, afin d'aider à la maîtrise du toucher thérapeutique.

Malgré cela, pour adopter un comportement au plus près de l'attente et du besoin de Victor, de Baptiste, et des autres jeunes de façon générale, il me fallait moi-même me détacher du regard de la psychomotricienne.

4) Ma propre individuation

Si je devais imager ma représentation du regard, je le qualifierai comme une sorte de mise en abîme. Le regard est en effet à la fois le miroir de ce que l'on perçoit des autres, de ce que les autres perçoivent de nous, mais également de ce que l'on perçoit de nous-mêmes - le regard comme miroir de l'âme. C'est d'ailleurs comme cela que j'ai souhaité l'exposer tout au long de ma discussion. Lors des études de psychomotricité, nous avons constamment été exposé au regard des autres. Ces trois années auront été avant tout un travail sur moi. Ce sont les quelques regards désagréables que j'ai pu capter au cours de mes études, mais aussi de ma vie, qui ont forgé mon souci de faire du mien un regard bienveillant.

Même si mes précédents stages m'avaient permis d'en faire l'expérience, ma position d'observatrice me protégeait en quelque sorte du regard du psychomotricien. Ce n'est qu'au cours de mes stages de troisième année que j'ai réellement mis en application mes aptitudes pratiques. Au-delà du regard porté sur les jeunes que j'ai pu suivre lors de mon stage, je devenais de fait sujette au regard de ma maître de stage. Au début de l'année, je me suis retrouvée malgré moi inhibée par ce regard qui pesait sur moi. A mon tour de ressentir la crainte d'être jugée, épiée dans mes moindres faits et gestes. Mais Karine a su m'accompagner avec la bienveillance nécessaire vers ma propre individuation. J'ai pu m'étayer sur sa présence et sa disponibilité, d'abord dans un fonctionnement en collage, puis progressivement dans une relation de co-thérapeutes ou je me suis autorisée à prendre mes propres initiatives. La fonction contenante de la psychomotricienne qui m'encadrait ne s'est pas limitée aux jeunes, mais également à ma position de stagiaire. Le fait de pouvoir échanger avec elle sur mes ressentis et mes questionnements m'a permis d'élaborer et de prendre du recul sur ce que je vivais. La sécurité de base qu'elle m'a aidée à me forger, par le biais de ses conseils, m'a permis d'amorcer ma propre indépendance, à me faire une idée de ma propre identité professionnelle.

CONCLUSION

A l'instar de l'adolescence comme rite initiatique, mon mémoire de fin d'études vient marquer mon passage de l'âge estudiantin à l'âge professionnel. J'ai tenté par cet écrit de répondre à la question que m'ont évoquée Victor et Baptiste concernant la construction identitaire d'un adolescent en situation de handicap moteur. Ce n'est pas la notion d'identité en tant que telle que je cherchais à développer ; mais bel et bien les processus préalables nécessaires à sa solidification. J'ai donc mis en lumière les conflits que pouvaient soulever l'adolescence, conjoints à la difficulté de trouver une identité sociale lorsque nous sommes porteurs d'un handicap visible.

Au terme de ma réflexion, je peux désormais prendre en considération tous les enjeux et la complexité de la construction de l'identité à l'adolescence dans le cadre d'un handicap moteur. En effet, l'être humain ne peut se construire seul. Si un bébé seul n'existe pas, il en est de même pour les autres âges de la vie. L'identité que nous nous forgeons se base sur l'idée que nous nous faisons de nous-mêmes. Cependant, cette dernière est elle-même sous-tendue par ce que nous renvoie notre entourage. Ainsi, à l'adolescence où le regard de l'autre prend toute son ampleur, le jeune porteur d'un handicap physique se retrouve exposé de toutes parts. Ce qu'il va lire dans les regards posés sur lui va grandement impacter sa propre façon de considérer son corps et son handicap, et ainsi de se construire la base narcissique nécessaire à son émergence identitaire.

Au travers de ce travail, je retiens et souligne cependant l'immense subjectivité du regard. Même si je ne puis en jurer, il m'apparaît que Victor et Baptiste ont un vécu différent du regard. Du fait de leur personnalité, et de leur pathologie différente, le regard porté aussi bien par la société, que par le cercle social, amical et familial n'a pas eu le même impact sur la construction de leur identité, ni sur leur propre rapport à leur handicap. Le handicap de Victor est d'autant plus visible qu'il se déplace en fauteuil électrique, à l'inverse de Baptiste qui peut marcher. Quand le premier semble être dans le même déni que ses parents, le second paraît plus réaliste quant à ses difficultés, sans pour autant les vivre avec aplomb.

Pour assumer ces difficultés et les changements corporels que leur imposent l'adolescence - conjoints au vécu de leurs pathologies - il est important que ces jeunes découvrent leur corps, se l'approprient et apprennent à le vivre autrement que sous le signe du handicap et de la contrainte. C'est pourquoi la psychomotricité se doit, selon moi, de leur apporter un regard nouveau et global sur ce corps en transformation. Le corps est un des

moyens d'adaptation de l'être au monde : le corps dans le rapport à l'autre et à soi, dans le rapport à l'espace. La psychomotricité offre à ces adolescents une mise en mots de leur vécu corporel, et travaille avec eux la capacité d'écoute de leurs ressentis. Dans cette quête identitaire, nous autres thérapeutes sommes là pour leur donner matière à se penser et se créer pas eux-mêmes.

De ce fait, je souhaite clore mon mémoire sur la mise en lumières des progrès de Baptiste, en termes d'ouverture à son entourage et d'autonomisation, par une vignette clinique :

Réunion avec les parents, 9 avril 2016. Les parents de Baptiste sont présents. C'est ainsi que sa mère relate à Karine les changements de son fils. Depuis le décès de son père, Baptiste s'est renfermé sur lui-même, et a perdu toute sa spontanéité et l'humour qui le caractérisaient. "Nous avions perdu notre Baptiste", dira t-elle. Toutefois, depuis quelques semaines, Baptiste retrouve le sourire, et se prend davantage en main : il prend des initiatives en soulignant qu'il est capable de le faire ; et participe désormais aux tâches de la vie quotidienne comme par exemple faire la cuisine.

Face à ces nouveaux éléments, je pense que la psychomotricité, si ce n'est le seul facteur, lui a permis ce cheminement. Durant cette réunion, la maman de Baptiste soulignera d'ailleurs que l'unique fois où son fils lui a parlé de l'IEM, qui constituait jusque-là «son jardin secret», c'était pour partager ses expériences en psychomotricité. Simple hasard, ou véritable révélation ; il me semble quoi qu'il en soit que cet adolescent a pu trouver sa place au sein de nos séances.

L'idée que j'avais, selon laquelle la psychomotricité a un rôle important à jouer sur l'autonomisation pour soutenir les adolescents dans leur construction identitaire, s'est vérifiée lors de mon stage au sein de l'IEM. A l'issue de ce dernier, je pense que l'autonomisation que nous essayons d'apporter à ces jeunes adolescents, se répercute directement sur l'ouverture au monde socio-professionnel, qui vient sceller le passage définitif à la vie adulte.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

AEBISCHER V., OBERLE D. (2007), *Le groupe en psychologie sociale*, Paris, Editions Dunod

AJURIAGUERRA (de) J. (1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Editions Masson

ALVIN P. & MARCELLI D. (2005), *Médecine de l'adolescent*, Paris, Editions Masson (nouvelle édition réactualisée, 1ère édition 2000)

ANZIEU D. & SECHAUD E. (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Editions Dunod

ANZIEU D. & MARTIN J.Y. (1968), *La dynamique des groupes restreints*, Paris, Editions PUF

AUBRY C. & ROUCHY S. (1995), *Le regard de l'enfant: étude clinique*, Paris, Editions ESF

BERARD, C. (2010), *La paralysie cérébrale de l'enfant – Guide de la consultation*, Montpellier, Editions Sauramps médical, 2008

BERNARD M. (1995), *Le corps*, Paris, Editions Seuil

BIRRAUX A. (1994), *L'adolescent face à son corps*, Paris, Editions Bayard

BOBATH, B. & K. (1986), *Développement de la motricité des enfants IMC*, Paris, Editions Masson (collection ABC)

BRACONNIER A. et MARCELLI D. (2013), *Adolescence et psychopathologie*, Paris, Editions Masson, (édition réactualisée, 1ère édition 1983)

BULLINGER A., (2013), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Paris, Editions Erès, (édition réactualisée, 1ère édition 2004)

CHABROL B. et HADDAD J. (2006), *Handicaps de l'enfant,* Paris, Editions Broché (collection Progrès en Pédiatrie)

CHOQUET M. & RUFO M. (2007), *Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité*, Paris, Editions Anne Carrière

COHEN D., FAUSSE S. & MAZET P., (2005) L'adolescent face à un handicap : la place de l'estime de soi et de la problématique narcissique dans cette confrontation ***In*** P. ALVIN (dir.), *L'Annonce du handicap à l'adolescence* (pp. 22-28). Paris, Editions Vuibert

CORRAZE J. (2001), *Les communications non-verbales*, Paris, Editions PUF

COSLIN P. (2002), *Psychologie de l'adolescent*, Paris, Editions Armand Colin

DESCAMPS M.A. (1989), *Le langage du corps et la communication corporelle*, Paris, Editions PUF

DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions du Seuil

DOLTO C. & F., PERCHEMINIER C. (2007), *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Paris, Editions Gallimard jeunesse

EGAN G. & FOREST F. (1987), *Communication dans la relation d'aide*, Montréal, Editions Etudes Vivantes

Expertise collective (2004), *Déficience et handicaps d'origine périnatale,* Paris, Editions ISERM

FREUD S. (1985), *La vie sexuelle,* Paris, Editions PUF (édition réactualisée, 1ère édition 1969)

GOLSE B. (2001), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris, Editions Masson

GUIDETTI M. & TOURETTE C. (2007), *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*, Paris, Editions Armand Colin (édition réactualisée, 1ère édition 1999)

GRIM O. (2000), *Du monstre à l'enfant : anthropologie et psychanalyse de l'infirmité*, Paris, Editions CTNERHI

JEAMMET PH. (1990), Les destins de la dépendance à l'adolescence, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°38, pp. 190-199, Issy Les Moulineaux, Editions Elsevier-Masson

KESTEMBERG E. (1971), La psychothérapie des adolescents, *Confrontation psychiatrique*, 7, pp. 181-197

KORFF-SAUSSE S. (1996), *Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Editions A. Fayard-Pluriel

KORFF-SAUSSE S. (2010), *Figures du handicap : mythes, arts, littérature*, Paris, Editions Payot & Rivages

MAZET P. (2004), *Difficultés et troubles à l'adolescence*, Paris, Editions Masson

MEUNIER A. (2005), *Endocrinologie : physiologie de la reproduction chez l'Homme*, Paris, Editions Vernazobres-Grego

MURPHY R-F. (1990), *Vivre à corps perdu : le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*, Paris, Editions Plon

NADER-GROBOIS N. (2015), *Psychologie du handicap*, Paris, Editions de Boeck SUP

PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*, Paris, Editions Dunod

POTEL C. (2015), *Corps brûlant, corps adolescent*, Toulouse, Editions Erès (édition réactualisée, 1ère édition 2006)

RANK O. (1973), *Don Juan et le Double*, Paris, Edition Payot, (nouvelle édition actualisée, 1ère édition 1914)

RICHARD F. (2013), *Les troubles psychiques à l'adolescence*, Paris, Editions Dunod, (nouvelle édition actualisée, 1ère édition 1998)

RINGLER M. (1998), *L'enfant différent : accepter un enfant handicapé*, Paris, Editions Dunod

ROITMAN-SAVARY E. (2002), Vas-y ! Je te regarde … La fonction du regard dans la thérapie psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°129, pp. 32-40

SARTRE J-P. (1943), L'être et le néant : essai d'ontologie phénoménologique, Paris, Editions Gallimard

SCHILDER P. (1968), *L'image du corps. Etude des forces constructives de la psyché,* Paris, Editions Gallimard

STICKER H-J. (2005), *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Editions Dunod

TARDIEU G. (1968), Le dossier clinique de l'infirmité motrice cérébrale, *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 16, pp.6-90

WALLON H. (2009), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, Editions PUF (édition réactualisée, 1ère édition 1949)

WINNICOTT D.W. (1970), *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, Paris, Editions Payot

WINNICOTT D.W. (1975), *Jeu et réalité*, Paris, Editions Gallimard

WINNICOTT D.W. (1992), *Le bébé et sa mère*, Paris, Editions Payot

WINNICOTT D.W. (2003), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Editions Payot

DICTIONNAIRES

BAUMGARTNER E. et MENARD P. (1996), *Dictionnaire étymologique et historique de la langue française*, Editions Le Livre de Poche

MERLET P., (2005), *Le petit Larousse illustré*, Paris, Larousse

MOSER G. (1991), Individuation ***In*** R. DORON R. & F. PAROT (dir.), *Dictionnaire de psychologie* (p. 376). Paris, Editions PUF

PEDINIELLI J.L. (2000), Image de soi ***In*** M. EMMANUELLI, D. HOUZEL & F. MOGGIO (dir.), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (p. 346). Paris, Editions PUF

POUPEE-FONTAINE D. & ZRIBI G. (2011), *Dictionnaire du handicap*, Rennes, Editions Presses de l'EHESP (édition réactualisée, 1ère édition 1996)

PREVOST C. (1991), Déficience ***In*** R. DORON R. & F. PAROT (dir.), *Dictionnaire de psychologie* (pp. 359-360). Paris, Editions PUF

QUEVAUVILLIERS J. (2007) (coord.), *Dictionnaire médical*, Issy-Les-Moulineaux, Edition Elsevier-Masson (édition réactualisée, 1ère édition 1992)

SELOSSE J. (1991), Identité ***In*** R. DORON R. & F. PAROT (dir.), *Dictionnaire de psychologie* (pp. 359-360). Paris, Editions PUF

SITOGRAPHIE

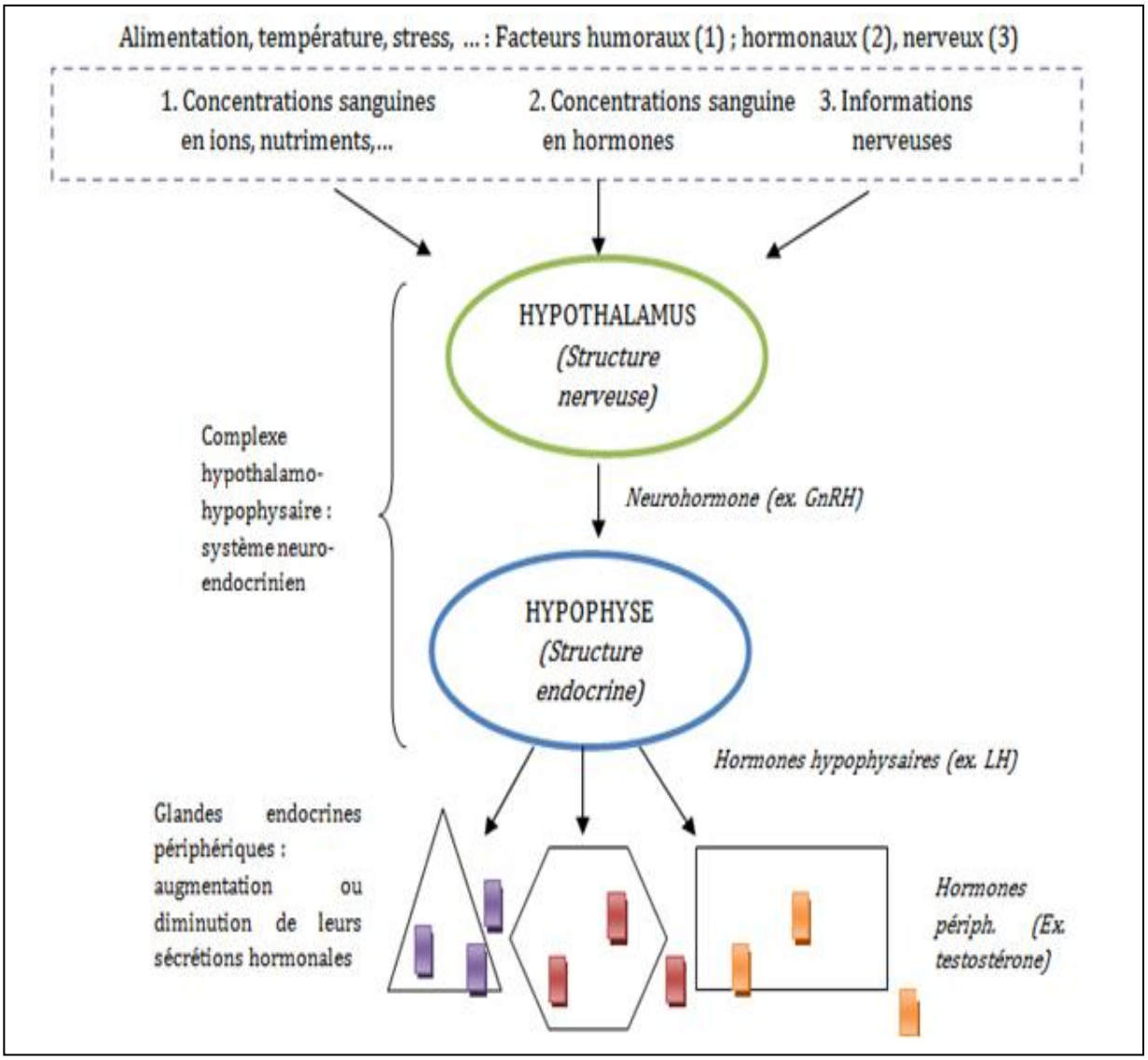
Article sur le passage à l'âge adulte en Grèce : http://www.antiquite.ac-versailles.fr/religrec/ritesp2.htm (Consulté le vendredi 15 janvier 2016)

Article sur l'identité de la personne handicapée : http://nussmarcel.fr/blog/wp-content/uploads/2010/12/extrait-id-personne-handicapee.pdf (Consulté le samedi 26 mars 2016)

Site de la MDPH relatant la loi du 11 février 2005 : http://mdph.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=113:la-loi-de-2005-102&catid=49:que-dit-la-loi-&Itemid=74 (Consulté le vendredi 15 janvier 2016)

ANNEXES

ANNEXE 1 : CONTROLE DES SECRETIONS HORMONALES : LE COMPLEXE HYPOTHALAMO-HYPOPHYSAIRE[119]

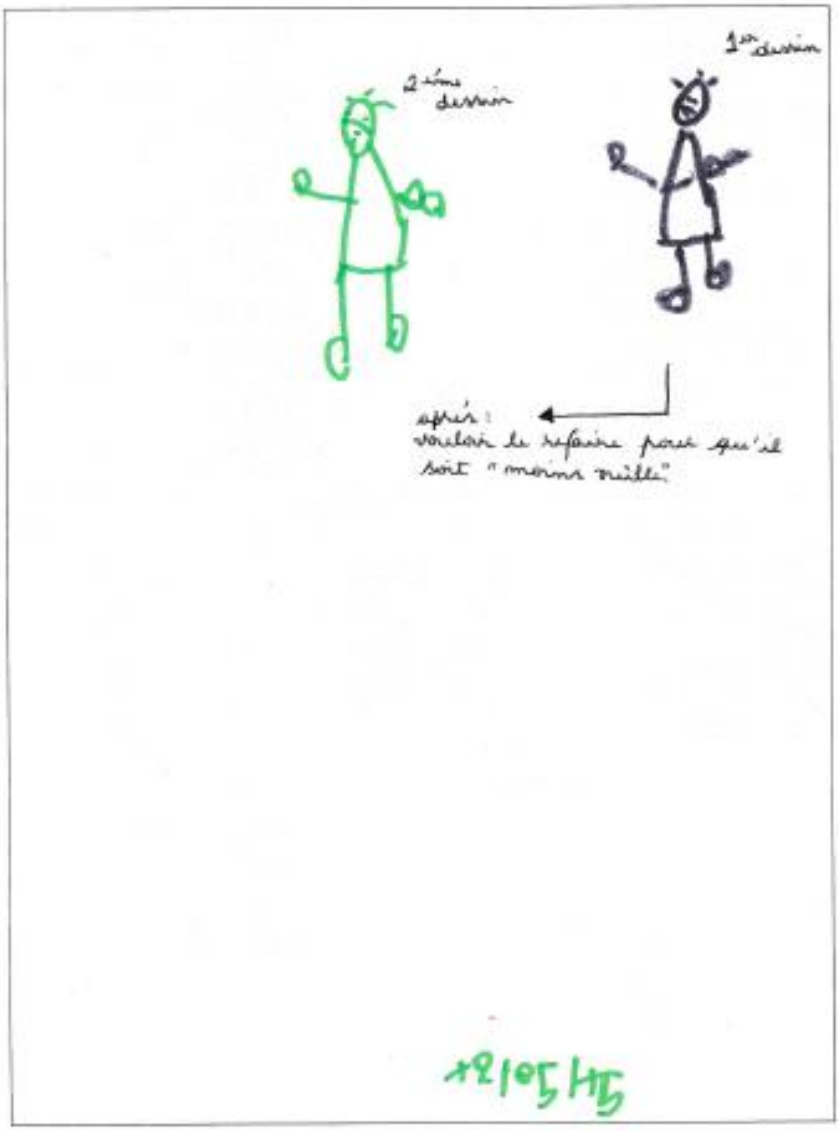


[119] Meunier A., 2005, p. 14

ANNEXE 2 : DESSIN DU BONHOMME REALISE PAR BAPTISTE EN MAI 2015

BILAN PSYCHOMOTEUR

*DESSIN DU BONHOMME



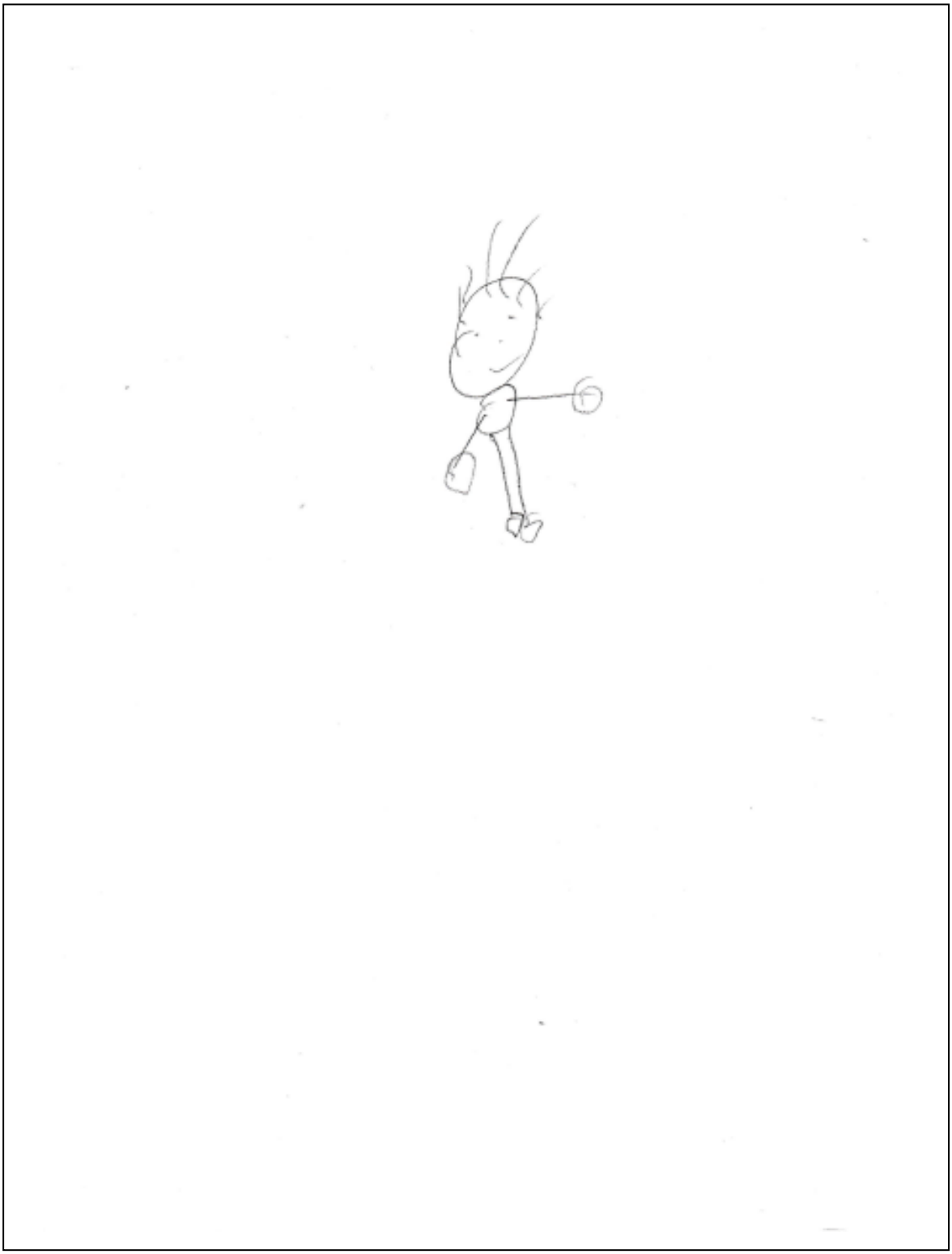
ANNEXE 3 : DESSIN DU BONHOMME REALISE PAR BAPTISTE EN AVRIL 2016

BILAN PSYCHOMOTEUR

*DESSIN DU BONHOMME



ANNEXE 4 : DESSIN DU BONHOMME REALISE PAR VICTOR EN JUIN 2013



ANNEXE 5 : DESSIN DU BONHOMME REALISE PAR VICTOR EN AVRIL 2016

BILAN PSYCHOMOTEUR

*DESSIN DU BONHOMME



GLOSSAIRE

Arthrogrypose : syndrome congénital (apparaissant à la naissance) se caractérisant par des raideurs multiples des articulations, plus ou moins symétriques, et le plus souvent en flexion (fermeture).

Cénesthésie : sentiment vague que chaque individu a de la totalité ou d'une partie de son corps, indépendamment du concours des sens.

Corps cellulaire : partie du neurone contenant le noyau.

Cyphose : déformation de la colonne vertébrale, plus précisément une convexité au niveau de la colonne dorsale (partie de la colonne vertébrale correspondant au dos, entre les omoplates). Normalement, il existe à ce niveau-là une convexité physiologique qui, lorsqu'elle devient excessive, donne alors au patient la silhouette d'un individu voûté, avec le cou projeté en avant.

Dyspraxie : trouble développemental qui affecte la capacité à planifier, à organiser et à automatiser les gestes moteurs pour réaliser une action ou une activité orientée vers un but. Dans le cas d'une dyspraxie visuo-spatiale, vient s'associer un problème d'organisation du regard et d'organisation de l'espace.

Epilepsie partielle : les crises partielles sont localisées dans une seule région du cerveau, appelée «origine focale» et n'affectent qu'une partie du cerveau – à l'inverse des crises généralisées qui touchent tout le cerveau. Selon l'origine focale et la partie du cerveau touchée, les crises partielles peuvent ou non être associées à des altérations de la conscience : on parle alors de crises partielles simples ou complexes.

Gamétogénèse : ensemble des étapes et des modalités conduisant des cellules souches (gonies) à la formation de gamètes (spermatozoïdes ou ovules).

Glandes endocrines : glandes dépourvues de conduits qui libèrent leurs sécrétions hormonales directement dans le liquide interstitiel (liquide qui baigne les cellules). Ces sécrétions peuvent ensuite rejoindre la circulation sanguine.

Gonades : nom générique utilisé pour désigner les testicules et les ovaires.

Gonadotrophine : hormone qui agit sur le fonctionnement des gonades

Hormone : molécule produite par un organe ou une cellule endocrine, transportée par le sang et modifiant à distance le fonctionnement d'un ou de plusieurs tissu(s) ou cellule(s) caractérisés de *cibles*.

Hypermétropie : défaut de la vision se caractérisant par une vision floue des objets situés à proximité.

Hypoaccousie : L'hypoacousie désigne une diminution brusque de l'acuité auditive, survenant sans cause apparente. Cette perte de l'audition se manifeste à divers degrés de gravité, pouvant parfois aller jusqu'à la surdité. Dans la plupart des cas, une seule oreille est touchée.

Inhibition idéomotrice : l'inhibition correspond à la mise en réserve des potentialités aboutissant à une diminution des moyens dont on dispose pour faire face à une situation. Elle n'est à la base pas pathologique, ce sont les dérèglements par excès ou par défaut qui la font basculer dans la pathologie. On retrouve diverses formes d'inhibition : inhibition intellectuelle, inhibition fantasmatique, inhibition des conduites sociales, … L'inhibition idéomotrice va venir freiner la personne dans sa capacité à exécuter des mouvements simples ou des séquences de mouvements de façon volontaire, teintant ainsi ses gestes d'une extrême lenteur.

Ischémique : arrêt ou insuffisance de l'apport de sang à un organe. Dans le cas d'un AVC, l'ischémie peut être causée par deux mécanismes :

- Thrombose : 50 % des AVC, diminution du débit sanguin à cause notamment d'une athérosclérose - dépôt graisseux sur la paroi artérielle entraînant un durcissement et se terminant par l'occlusion totale du vaisseau.

- L'embolie: 30 % des AVC, obstruction d'un vaisseau par un corps étranger : soit caillot en provenance du coeur, soit fragment de plaque d'athérome qui s'est détaché d'une artère carotide ou vertébrale finissant par boucher artère ou artériole.

Kinésthésique : Relatif à la *kinesthésie*; qui concerne la sensation de mouvement des parties du corps.

Lordose : déformation de la colonne vertébrale, plus précisément une concavité au niveau de la colonne cervicale ou lombaire (parties de la colonne vertébrale correspondant à la nuque, et au bas du dos). Normalement, il existe à ces niveaux là une concavité physiologique qui, lorsqu'elle devient excessive, donne alors au patient la silhouette d'un individu cambré, avec le cou projeté en arrière.

Ménarche : désigne l'apparition des règles chez la jeune fille.

Nystagmus manifeste latent : le nystagmus est un mouvement involontaire des yeux, d'oscillation de faible amplitude et de rotation du globe oculaire. Le nystagmus manifeste latent est fréquemment associé à un strabisme. Le nystagmus est dit manifeste lorsqu'on l'observe en situation binoculaire, latent s'il apparaît lors de l'occlusion de l'œil dévié, et manifeste latent s'il augmente lors de l'occlusion de l'œil dévié.

Pied équin : un pied équin est un pied en flexion plantaire, c'est-à-dire la pointe vers le bas. Ce type de démarche traduit une lésion unilatérale (hémiplégie) ou bilatérale (paraplégie) de la voie pyramidale.

Plurihandicap : terminologie résultant de l'association de plusieurs handicaps n'ayant aucun lien de cause à effet.

Proprioceptif, proprioceptive : Se dit de la sensibilité du système nerveux aux informations sur les postures et les mouvements, venant des muscles et des articulations.

Scoliose : déviation permanente de la colonne vertébrale, liée à une rotation des vertèbres.

Snoezelen : approche visant la stimulation multisensorielle. Le terme Snoezelen résulte de la contraction des termes hollandais *Snueffelen* qui signifie «renifler», «sentir» ; et du terme *Doezelen* qui veut dire «somnoler». Cet outil médiateur est centré autour de la construction d'une sécurité psycho-corporelle, dans un cadre contenant et une relation individualisée. La pratique Snoezelen se fait en général dans des salles aménagées spécifiquement avec des équipements qui permettent la stimulation des sens ou la proposition de détente.

Spermarche : concerne les premières éjaculations chez le garçon.

Spina bifida : signifie littéralement «*épine fendue en deux*». Il s'agit d'une malformation congénitale de la colonne vertébrale et de la moelle épinière apparaissant durant le développement embryonnaire. On constate une absence de soudure de la partie arrière d'une ou plusieurs vertèbres, laissant un espace à travers lequel le contenu de la colonne vertébrale est susceptible de faire saillie (hernie prenant la forme d'une tumeur).

Strabisme convergent : déviation d'un œil vers l'intérieur par rapport à l'autre, causée par un déséquilibre des tensions des muscles des yeux. Une personne atteinte de strabisme louche.

Syndrome cérébelleux : ensemble des symptômes et signes résultant d'une atteinte du cervelet ou des voies cérébelleuses. Parmi eux, on retrouve des troubles de la marche et de l'équilibre, des chutes, une maladresse dans les mouvements rapides, et une dysarthrie.

Valgus : adjectif qualifiant un membre ou un segment de membre qui présente une forme déviée en dehors. Autrement dit, un membre en valgus s'écarte vers l'extérieur par rapport à l'axe du corps.

RESUME

L'adolescence vient marquer le passage de l'enfance au monde adulte. Les modifications aussi bien corporelles que psychiques dont est en proie le jeune l'obligent à faire le deuil de son corps d'enfant. Ainsi débute une quête adolescente, dont l'objet est la construction d'une identité propre et solide. Pour cela, l'adolescent doit se réapproprier ce nouveau corps et le réinvestir de façon adéquate. Ma rencontre avec Victor et Baptiste, deux adolescents porteurs d'un handicap moteur, a suscité chez moi des questionnements. Le handicap moteur implique en effet un rapport au corps particulier : l'atteinte majoritairement physique vient entraver les diverses expériences corporelles nécessaires au développement harmonieux de l'enfant. Ce corps, bien généralement instrumentalisé, objet de nombreux soins, perd l'occasion de s'éprouver autrement que dans la douleur.

De fait, en cette période de la vie où les changements corporels sont au premier plan et viennent ébranler la certitude d'être au monde, qu'en est-il de la construction identitaire lorsque ces transformations se surajoutent à un handicap physique ? Par ce mémoire, je vais relater le cheminement de ma réflexion qui s'est faite au détour d'éléments théoriques, mais avant tout des éléments cliniques qu'ont pu m'apporter ces deux adolescents.

Mots-clés : Adolescence – Handicap moteur – Construction identitaire – Relation aux autres – Regard - Thérapie psychomotrice

---

SUMMARY

The adolescence marks the transition from childhood to the adult world. The changes both bodily and psychic which is in prey the adolescent force him to mourn his child body. With this begins a teenager quest, whose purpose is to build a personal and strong identity. To do so, the adolescent must reclaim this new body and reinvest it adequately. My encounter with Victor and Baptiste, two adolescents with motor disabilities, instilled in me a lot of questions. Motor disability implies in fact a peculiar relation to the body: the harm mainly physical comes to hinder the vast bodily experience necessary for the harmonious development of the child. This body, generally instrumentalized, object of many treatments, loses the opportunity to experience itself other than in pain.

In fact, in this period of life when the body changes are prominent and come shake the certainty of being in the world, what about the construction of identity when these transformations are added to a physical disability? For this paper, I will relate the journey of my reflection which was done at the turn of theoretical elements, but above all of clinical elements that these two teenagers have brought me.

Keywords : Adolescence – Handicap moteur – Identity construction - Relationship – Gaze - Psychomotor therapy