

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'hôpital
75364 Paris Cedex 14



**Quand la relation ne va pas de soi dans l'accompagnement du
polyhandicap. La psychomotricité comme guide pour construire un espace
de rencontre infra-verbal**

Mémoire présenté par

Philippine ROLLAND

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Pour la session de juin 2016

Maître de mémoire : Caroline SINTES, psychomotricienne

REMERCIEMENTS

J'adresse un remerciement particulier à Caroline Sintès, ma maitre de stage et maitre de mémoire, qui a été un pilier tout au long de cette réflexion sinueuse, pour m'avoir épaulée, prodigué de précieux conseils et des explications indispensables qui ont guidé mes questionnements ainsi que l'ensemble de mon année, et dont la passion pour la psychomotricité est communicative.

Merci également à toute l'équipe du service C pour son accueil, notamment Morgane, Marina et Brigitte, leur bienveillance et leurs sourires.

Merci à Brice, dont la rencontre m'a énormément questionnée, enrichie professionnellement et personnellement, et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Un grand merci à ma famille, mes parents, Bénédicte et mes frères, pour leur soutien infaillible durant les 3 années de cette formation et dont la valeur m'est inestimable.

Merci à l'ensemble de mon entourage, amis et connaissances, qui ont participé, de près ou de loin, explicitement ou non, à cette réflexion au travers de leur présence, messages, et particulièrement Elise, Léa, Anne-Lise, Alice et Louise.

Merci.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 6 |
| I. PRESENTATION DE L'INSTITUTION | 7 |
| 1. Le Pôle enfants au sein de l'hôpital..... | 7 |
| 2. Les missions ou activités du service..... | 7 |
| 3. L'équipe pluridisciplinaire | 8 |
| 4. Les projets de soins individualisés | 9 |
| 5. La psychomotricité dans le service..... | 9 |
| a. <i>La place de la psychomotricité au sein du service</i> | 9 |
| b. <i>Prescription et axes de travail</i> | 9 |
| c. <i>Les séances individuelles et groupales</i> | 10 |
| II. UNE MISSION CENTRALE DU SERVICE : L'ACCOMPAGNEMENT DU POLYHANDICAP | 11 |
| 1. Bref historique..... | 11 |
| 2. Entre IMOC, IMC et Paralyse cérébrale : une clarification essentielle..... | 12 |
| 3. Etiologie | 13 |
| 4. Prévalence | 14 |
| 5. Symptômes cliniques..... | 14 |
| a. <i>Les troubles moteurs et les répercussions orthopédiques</i> | 14 |
| b. <i>La déficience intellectuelle</i> | 16 |
| c. <i>Les troubles sensoriels</i> | 16 |
| d. <i>Les troubles somatiques</i> | 17 |
| e. <i>L'épilepsie</i> | 17 |
| f. <i>Les troubles du comportement</i> | 17 |
| 6. Sémiologie psychomotrice | 17 |
| a. <i>Troubles du tonus</i> | 17 |
| b. <i>Troubles de la représentation du corps</i> | 18 |
| c. <i>Troubles de la représentation spatio-temporelle</i> | 19 |
| d. <i>Troubles du comportement</i> | 19 |
| 7. Evaluation psychomotrice | 19 |
| 8. Axes thérapeutiques | 21 |
| III. LA RENCONTRE AVEC BRICE | 22 |
| 1. Présentation de Brice..... | 22 |
| 2. Bilans..... | 23 |
| a. <i>Bilans d'admissions pluridisciplinaires</i> | 23 |

| | | |
|-----|--|----|
| b. | <i>Bilan psychomoteur</i> | 24 |
| c. | <i>Conclusion générale</i> | 27 |
| 3. | Projet individuel de soins | 28 |
| 4. | Première rencontre | 28 |
| 5. | Problématique et hypothèses devant cette rencontre particulière | 30 |
| a. | <i>Ce que la rencontre provoque et renvoie</i> | 30 |
| b. | <i>Pistes de réflexion et hypothèses</i> | 31 |
| IV. | ANGLES THEORIQUES POUR ECLAIRER LE FIL DES SEANCES | 33 |
| 1. | Contre-transfert corporel | 33 |
| a. | <i>Origine et définition du contre-transfert</i> | 33 |
| b. | <i>Contre-transfert corporel</i> | 34 |
| c. | <i>Empathie ou contre-transfert ?</i> | 34 |
| d. | <i>Le contre-transfert dans le champ du polyhandicap : entre inquiétante étrangeté et sidération</i> | 36 |
| 2. | Rencontre | 37 |
| a. | <i>Définitions</i> | 37 |
| b. | <i>Rencontre thérapeutique</i> | 38 |
| c. | <i>L'aire d'échanges archaïques commune comme espace de contact dans le champ du polyhandicap</i> | 38 |
| 3. | Cadre | 39 |
| a. | <i>Définition et nuance entre cadre et dispositif</i> | 39 |
| b. | <i>Cadre interne et externe</i> | 40 |
| c. | <i>Entre directivité et non-directivité</i> | 40 |
| d. | <i>Fonctions du cadre</i> | 41 |
| e. | <i>Le corps propre comme cadre originel</i> | 42 |
| f. | <i>Quand le cadre est mis à mal, la bipolarité du cadre</i> | 42 |
| g. | <i>Notion de structure encadrante</i> | 43 |
| V. | LES SEANCES AVEC BRICE | 44 |
| 1. | Sidération massive et cadre interne chaotique : rencontre en tension | 46 |
| a. | <i>Sidération psychique, physique et verbale</i> | 46 |
| b. | <i>Rencontre médiatisée : la triangulation, un vécu par procuration ?</i> | 47 |
| c. | <i>Cadre propre déstabilisé mais contenu par cadre externe et Caroline</i> | 48 |
| 2. | Cadre chancelant mais en construction : un peu de patience | 51 |
| a. | <i>Avancer « doucement mais sûrement »... mais la sidération guette</i> | 52 |
| b. | <i>Dualisation et prémices relationnelles : partages vrais ... mais fluctuantes</i> | 53 |
| c. | <i>Ancrages et appuis pour un cadre porteur ?</i> | 56 |

| | | |
|-----|---|----|
| 3. | Rencontre plus sereine et cadre contenant..... | 57 |
| a. | <i>A ma place</i> | 57 |
| b. | <i>Triangulation et vécu direct</i> | 58 |
| c. | <i>Cadre consistant</i> | 58 |
| VI. | RETROSPECTIVE SUR L'ANNEE ET DISCUSSION | 61 |
| 1. | L'Image du corps..... | 61 |
| a. | <i>Construction de l'image du corps en relation à l'autre</i> | 61 |
| b. | <i>Troubles de l'image du corps</i> | 63 |
| 2. | Moyens du psychomotricien pour accompagner l'enfant en situation de polyhandicap à habiter son organisme..... | 65 |
| a. | <i>L'apport de Bullinger</i> | 65 |
| b. | <i>Stimulations basales</i> | 69 |
| c. | <i>Les précurseurs de l'intersubjectivité</i> | 71 |
| 3. | Pré-requis de la rencontre et travail d'acceptation | 73 |
| a. | <i>La sidération qui guette</i> | 74 |
| b. | <i>Gestion du dialogue tonico-émotionnel et acceptation des fluctuations</i> | 76 |
| c. | <i>Se faire confiance</i> | 77 |
| 4. | Retour sur la triangulation et la construction du cadre=Processus avec du sens et des ancrages structurants | 78 |
| a. | <i>Un vécu par procuration ? L'intérêt de la triangulation</i> | 78 |
| b. | <i>Support de Caroline : structure essentielle du cadre tout au long des séances</i> | 79 |
| 5. | Un cheminement en cours d'élaboration et qui n'est pas achevé..... | 80 |
| a. | <i>Ecrire</i> | 80 |
| b. | <i>Partenariat avec sa maman et croisement des visions</i> | 80 |
| c. | <i>Leçon de vie et axes de progression</i> | 81 |
| | CONCLUSION | 82 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 83 |
| | ANNEXES | 85 |

INTRODUCTION

Avec son tournant professionnel, la 3^e année s'annonce riche en enseignements et en progrès. J'entreprends donc cette marche vers le diplôme avec de nombreux espoirs en tête.

En tant que stagiaire, j'arrive motivée et persuadée que les séances vont se dérouler plus ou moins naturellement.

Seulement, la rencontre avec un patient peut être plus délicate que prévue, déstabilisant ainsi ces certitudes, la sidération venant freiner ces élans. Celle de Brice en est l'illustration parfaite.

Cette situation clinique faisant émerger de nombreux questionnements, approfondir ce sujet dans un mémoire semble approprié.

Le travail du psychomotricien appelle cette écoute des émotions, quelles qu'elles soient, afin de les mettre à distance, de les mettre au travail et de les transformer. Si mon contre transfert n'est pas des plus agréables car me ramenant à des difficultés, cette situation n'est pas définitive. Il s'agit de faire de cet état déconcerté initial un moteur de réflexion afin d'offrir à Brice le cadre d'une rencontre la plus adaptée possible. Cela permet notamment de retracer le contenu des séances qui peuvent être décousues dans le polyhandicap, donnant de la structure à des moments pouvant sembler morcelés ou incompréhensibles. Cette réflexion est source d'une avancée considérable dans cet accompagnement. Et cette rencontre recèle de surprises, c'est certain.

Commençons par établir le contexte de mes observations afin de situer le cadre de mon stage et l'accompagnement du polyhandicap. Ensuite la rencontre de Brice nous plongera dans l'évolution de son suivi sur lequel nous effectuerons une rétrospective.

I. PRESENTATION DE L'INSTITUTION

1. Le Pôle enfants au sein de l'hôpital

L'hôpital public départemental au sein duquel j'effectue mon stage comprend différents pôles. La structure « Soins de suite et de réadaptation enfants » qui m'accueille est dédiée à la rééducation, la réadaptation et la réinsertion d'enfants jusqu'à 18 ans porteurs de déficiences et d'incapacités. Ce pôle est composé de trois services :

-Le service A est axé sur la rééducation des pathologies neurologiques acquises de l'enfant.

-Le service B est chargé de la rééducation de l'appareil locomoteur et du rachis de l'enfant.

-Le service C, où j'effectue mon stage, est missionné pour la rééducation des pathologies neurologiques congénitales de l'enfant. Ce service accueille des enfants porteurs d'une atteinte cérébrale, survenue durant la grossesse ou peu après la naissance. Cette affection cérébrale ante ou péri natale peut être évolutive ou non et peut recouvrir différentes formes : polyhandicap, paralysie cérébrale (troubles posturaux et moteurs), déficience intellectuelle, troubles complexes des apprentissages (troubles cognitifs) et troubles psycho-comportementaux.

Ce service peut accueillir environ quarante à cinquante enfants.

Visant à offrir au patient un accompagnement global dans un cadre contenant, les locaux sont aménagés afin de lui proposer des médiations diverses et adaptées à ses besoins, notamment une salle de balnéothérapie, un mur d'escalade, une salle snoezelen, des salles de rééducation assez spacieuses et un parc.

2. Les missions ou activités du service

Ce secteur présente trois types d'activités distinctes : Les suivis au long cours, les suivis post-opératoires et les consultations externes.

Lors des suivis au long cours, les enfants sont accueillis en hôpital de jour sur une durée maximale de deux ans. En tant que structure hospitalière, le projet de soins doit revêtir une mission spécifique, telle que la mise en place d'appareillages, d'aides à la locomotion ou à la communication alternative, situations familiales précaires, en maintenant un objectif d'orientation (IME...). Au terme de cette échéance, si aucune option d'orientation n'est possible du fait des refus des institutions d'accueil (dépassement du cadre légal par exemple), le retour au domicile est parfois une possibilité.

Les patients sont accueillis en externat, arrivant le matin et repartant le soir en taxi ou en ambulance. Ces enfants bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire tous les jours de la semaine. Les intervenants peuvent parfois faire des visites à domicile afin de mieux appréhender le contexte familial

et ajuster d'éventuels éléments quotidiens. L'accompagnement de Brice que je vais présenter se déroule dans ce contexte au long cours.

Concernant les suivis post-opératoires, les sujets sont accueillis après une intervention chirurgicale sur une durée moyenne de quatre à six mois. Des bilans et entretiens pluridisciplinaires sont réalisés avant l'intervention afin de relever l'ensemble des données médicales de l'enfant, préparer au mieux le suivi physique et psychologique du patient et de sa famille pendant les périodes qui précèdent et suivent l'intervention. Les professionnels peuvent notamment repérer les connaissances de l'enfant sur l'opération, sa représentation corporelle, ses éventuelles douleurs, appréhensions et angoisses concernant cette intervention. Après l'opération, un projet thérapeutique pluridisciplinaire est mis en place.

Enfin, des consultations externes permettant des évaluations neuro-orthopédiques et cognitives de patients extérieurs peuvent également avoir lieu dans le service.

Les enfants suivis en long cours et en post-opératoire bénéficient de soins rééducatifs et éducatifs, d'une scolarisation et/ou d'un accueil en atelier éducatif pour ceux dont le profil ne permet pas une scolarisation. En effet, le pôle comporte une école d'enseignement de l'Education Nationale qui permet leur scolarisation de la maternelle au premier cycle de l'enseignement secondaire.

Les classes sont réalisées par niveaux et réunissent les enfants provenant des trois pôles, ce qui renforce leur socialisation et leur permet d'avoir des contacts entre ces secteurs. Il existe également des groupes rééducatifs inter-services.

3. L'équipe pluridisciplinaire

Les patients sont accompagnés par une équipe multidisciplinaire, (rééducative, éducative et soignante) qui est menée par des médecins et des cadres de santé. Celle-ci comporte des médecins de médecine physique et réadaptation, un pédiatre, une équipe rééducative assez importante (7 kinésithérapeutes, 5 ergothérapeutes, 2 orthophonistes, 3 psychomotriciennes et 1 orthoptiste), des psychologues cliniciens et 2 neuropsychologues, une psychanalyste, une assistante sociale, des éducateurs et une équipe soignante (infirmières, aides-soignants et auxiliaires de puériculture). A la demande de ces membres, une unité de liaison de pédopsychiatres peut également intervenir face à des situations complexes, familiales ou psychocomportementales de l'enfant.

4. Les projets de soins individualisés

Avant toute admission, l'équipe réalise une évaluation globale, neuromotrice et cognitive, de l'enfant afin de lui proposer un projet adapté visant à optimiser ses potentialités et à favoriser ses apprentissages et son autonomie.

Les professionnels établissent ensuite des projets thérapeutiques spécifiques qui vont définir le projet individuel de soins. Le médecin de médecine physique et de réadaptation prescrit les rééducations ainsi que leur fréquence. Le dispositif d'accueil questionne l'intégration du patient dans certains groupes thérapeutiques et la mise en place d'une scolarisation ou non.

Ce projet est élaboré en concertation avec la famille et en collaboration avec les professionnels médicaux, médico-sociaux et les enseignants. Celui-ci est réévalué lors des réunions de synthèse bi-annuelles qui permettent de faire un point sur l'accompagnement de l'enfant et de réfléchir au projet d'orientation. Dans chaque discipline dans laquelle il est suivi, l'enfant dispose d'un référent qui assiste aux réunions de synthèse le concernant.

Par ailleurs, une réunion se tient tous les lundis matin afin de retracer l'évolution hebdomadaire de chaque patient et transmettre les informations essentielles survenues pendant la semaine.

Le service peut également proposer une guidance parentale où la participation des psychomotriciennes est souvent sollicitée.

5. La psychomotricité dans le service

a. La place de la psychomotricité au sein du service

Le premier poste de psychomotricien a été créé il y a trente ans, ce qui a donné l'opportunité à la psychomotricité d'être intégrée au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Désormais, le service accueille trois psychomotriciennes : l'une à temps plein et deux sont à temps partiel.

La profession est reconnue pour aborder le patient dans sa globalité, incluant le travail de ses fonctions motrices, émotionnelles, comportementales et relationnelles. Les psychomotriciennes ont ainsi des axes de travail qui leur sont réservés.

b. Prescription et axes de travail

Les séances individuelles de psychomotricité et les groupes co-animés par certaines psychomotriciennes sont prescrits par les médecins de médecine physique et de réadaptation.

Un bilan psychomoteur est systématiquement réalisé afin d'établir un projet thérapeutique personnalisé. Les différents types d'évaluations effectuées comprennent de l'observation spontanée, des bilans sensori-moteurs et des batteries de tests standardisés. Le trouble principal justifiant

l'indication d'un suivi est ensuite exposé à l'équipe ainsi qu'à la famille du patient. Les divers axes de travail abordés en séance sont également présentés comme des objectifs à plus ou moins long terme.

c. Les séances individuelles et groupales

Le nombre de patients accompagné par chaque psychomotricienne est relatif au temps de travail de chacune, allant de 6-7 patients à 12-15 selon s'il s'agit d'un temps plein ou partiel. La psychomotricienne qui réalise le bilan de pré-admission assure le plus souvent le suivi mais il arrive qu'un changement de référente soit décidé pour des raisons diverses : disponibilité d'emploi du temps, spécificité d'un médiateur mis en avant,...

Chacune dispose de sa propre salle où se déroulent ces séances de psychomotricité personnalisées. Les séances avec Brice seront notamment décrites dans ce cadre.

Les patients bénéficient en moyenne d'une à deux séances individuelles par semaine, complétées ou non de séances en binôme ou en groupe. Les séances individuelles durent environ quarante-cinq minutes et les groupes généralement une heure.

Les suivis pluridisciplinaires peuvent se faire en individuel ainsi qu'en groupe. L'équipe animant le groupe est constituée de différents professionnels de santé, en fonction des objectifs visés. Au fil de mon stage, j'ai pu participer à un groupe de sollicitations cognitives mené en partenariat avec une neuropsychologue ainsi qu'un groupe déguisement en collaboration avec la neuropsychologue et une ergothérapeute. Il existe également un groupe vibrations co-dirigé avec une éducatrice et auquel Brice, dont je vais présenter les vignettes cliniques, participe. N'étant pas mené par ma maitre de stage, nous suivons un binôme dans ce créneau horaire et ne suis donc pas présente dans ce groupe. Deux des psychomotriciennes animent également un groupe balnéothérapie. Chaque psychomotricienne anime en moyenne trois groupes, en partenariat avec une autre psychomotricienne ou un autre corps professionnel. La complémentarité des regards enrichit le déroulement du groupe.

Au-delà des axes thérapeutiques définis pour chaque groupe, ce dispositif offre aux patients un cadre contenant qui est moteur pour leur évolution, par l'expérimentation en relation à l'autre, la communication et le partage à deux et/ou en groupe.

II. UNE MISSION CENTRALE DU SERVICE : L'ACCOMPAGNEMENT DU POLYHANDICAP

1. Bref historique

Du statut d'« arriérés profonds » au « polyhandicap », les changements d'appellation témoignent de l'évolution historique de ce concept. Il est possible d'en retracer les points chronologiques essentiels à la lumière de L. Georges-Janet (2002).

Dans les années 1950-1960, les pédiatres hospitaliers commencent de considérer les enfants dits « encéphalopathes », ou encore « arriérés profonds » et déplorent l'absence d'accueil et de soins spécialisés à leur égard. En revanche, les « infirmes moteurs cérébraux » sont davantage accompagnés au quotidien. Engagé, le Pr Guy Tardieu est à l'origine de cet élan et crée dès 1953 le premier Service destiné à la rééducation des enfants IMC à l'hôpital de Bicêtre. Il est alors le premier à définir l'infirmité motrice cérébrale comme un trouble moteur prédominant, non évolutif, dû à une lésion cérébrale pouvant s'accompagner d'atteintes sensorielles et de problèmes partiels des fonctions supérieures. L'intelligence n'est en revanche pas affectée.

En 1965-1966, l'Assistance publique de Paris met en place un service spécialisé à la RocheGuyon (95). L'Association « Les Tout Petits », dirigée par le Pr Minkovski, accueille quelques enfants dans des conditions encore très difficiles. Parallèlement, en 1964, la Création du CESAP (Comité d'Etudes et de Soins aux Arriérés Profonds) organise des lieux de consultations, des structures d'aide à domicile, puis des établissements spécialisés qui se développent durant les 10 années suivantes. En janvier 1972 se tient la première réunion d'information sur le polyhandicap.

Les années 1972 et 1973 marquent un tournant capital puisque le terme de « polyhandicap grave congénital » est proposé par le Pr Fontan. Le président du CESAP, Pr. Clément Launay, insiste par ailleurs sur la nécessité de prises en charge pluridisciplinaires de ces handicaps multiples.

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi sur les institutions sociales et médico-sociales ouvrent des possibilités en 1975. Si ces dernières ne comportent pas explicitement le terme de polyhandicap, l'article 46 de la loi d'orientation prévoit néanmoins des « Maisons d'Accueil Spécialisées » (MAS) pour les adultes « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie »

En 1984, le CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations) se réunit autour des trois grands groupes de handicaps associés et distingue :

-Le polyhandicap, handicap grave à expressions multiples avec déficience mentale profonde qui entraîne une restriction extrême de l'autonomie, des possibilités de perception, d'expression et de relation. La prévalence est évaluée à 2 pour mille ;

-Le plurihandicap, association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles, dont la prévalence est de 0,5 pour mille ;

-Le surhandicap, surcharge de troubles du comportement sur un handicap grave préexistant, dont la prévalence est estimée à 3 pour mille.

Une circulaire ministérielle poursuit cette démarche en 1986 et concerne les enfants atteints de handicaps associés.

Les annexes 24 sont refondues en 1989 et associées à une circulaire d'application, instaurant des conditions particulières d'accueil, d'éducation et de soins pour les enfants polyhandicapés. Ces informations sont regroupées dans une annexe 24ter. Différant légèrement de la proposition du CTNERHI en 1984, l'annexe 24ter décrit le polyhandicap comme un « Handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. »

À la suite de ce décret, diverses associations françaises créent dans les années 90 des services de soins à domicile, des établissements spécialisés ou des sections spécifiques, qui accueilleraient auparavant des enfants inadaptés, déficients mentaux ou des enfants infirmes moteurs.

En 1995-1996, le ministère du travail et des affaires sociales établit un rapport sur ces handicaps et souligne la nécessité de techniques particulières au sein d'un accompagnement global qui ne peut se résumer à la simple addition des moyens employés pour la prise en charge des déficiences considérées individuellement.

2. Entre IMOC, IMC et Paralysie cérébrale : une clarification essentielle

La Paralysie cérébrale¹ (cerebral palsy en anglais) est un terme international dont les limites et définitions ont varié au fil des écoles de pensée et concepts concernant le développement cérébral.

La plus récente définition collective internationale la définit comme « un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activités, imputables à des événements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. Les troubles moteurs sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et par des problèmes musculo-squelettiques secondaires »

La paralysie cérébrale regrouperait en fait :

¹ <http://www.lafondationmotrice.org/fr/content/qu%E2%80%99est-ce-que-la-pc>, consulté le 1/03/16

-L'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC), où la lésion cérébrale pré-, péri- ou post-natale précoce provoque des troubles moteurs prédominants et non évolutifs. Des atteintes sensorielles, des difficultés partielles des fonctions supérieures peuvent être associées, sans affection du potentiel intellectuel.

-L'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC), qui se distingue de l'IMC par la déficience intellectuelle légère à modérée associée.

-Le polyhandicap, en tant que « handicap grave avec déficience intellectuelle profonde (QI inférieur à 50), associant des troubles sensoriels, moteurs et cognitifs et limitant amplement l'autonomie du sujet », cette définition recouvre ainsi des situations très variées dont les limites ne sont pas toujours évidentes. Devant la diversité des tableaux cliniques, il est admis qu'il s'agit d'une entité complexe qui ne peut être définie par une maladie et ne se résume pas à sa cause. Cette appellation est d'ailleurs exclusivement française. En pratique, il s'agit davantage d'un statut juridique et administratif qui dépend également du cadre institutionnel pris en référence. La question du polyhandicap est concrètement envisagée lors de l'orientation du sujet vers une structure dite 24 bis ou 24 ter, en considérant l'aspect massif des troubles ainsi que l'évolution envisagée de la personne.

Actuellement, le trouble est davantage présenté sous l'expression de « paralysie cérébrale », ainsi que la forme de l'atteinte, associant ou non une déficience intellectuelle.

3. Etiologie

Les progrès de la prise en charge obstétricale, des méthodes de diagnostic et de la réanimation néonatale ont diminué la mortalité des nouveaux-nés ainsi que la proportion des séquelles motrices chez les survivants. Les répercussions handicapantes sont indéniablement amoindries grâce à la rééducation précoce. La mise en place du NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program) établit notamment des soins individualisés de développement des stratégies environnementales (gestion des stimuli et regroupement des soins par exemple) et comportementales (posturales notamment)². Les recherches actuelles portent sur les causes génétiques, la poursuite de la prévention des embryopathies, les pathologies fœtales, qui ne sont pas toujours décelables ni accessibles au traitement.

Dans la plupart des cas, l'atteinte cérébrale grave précoce qui touche plusieurs domaines de l'activité neurologique (intelligence, motricité, sensorialité) est d'origine plurifactorielle.

Actuellement, les étiologies se répartissent ainsi :

- 50 % de causes prénatales (causes génétiques (Syndrome d'Angelman), malformations, accidents vasculaires cérébraux prénataux, embryopathies et infections virales).

² <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/bebe/le-bebe-premature/soins-individualises-de-developpement/nidcap-definition-486-1169.html>. Consulté le 7/04/16

- 15 % de causes périnatales (dont un nombre très réduit de souffrances obstétricales par rapport aux souffrances fœtales ou grandes prématurités-dysmaturités) ;
- 5 % de causes post-natales (traumatismes, arrêts cardiaques, méningites, encéphalites, comme le syndrome de West (de Lennox-Gastaud) ;
- 30 % de causes inconnues comme le Syndrome de Rett ; Cette étiologie floue peut plonger la famille dans un certain désarroi.

4. Prévalence

La prévalence du polyhandicap se situe entre 1 et 2 pour 1000 suivant les études.

La prévalence du polyhandicap d'origine pré et péri natale est de 0,7 à 1/1000 et celle acquise post-natale est de 0,1/1000.

Le sexe ratio est de un pour un.

Estimée entre 2 et 7 % par an, la mortalité est souvent causée par une complication respiratoire. Cette origine explique notamment 52 à 80% des décès.

Ainsi, on observe une augmentation de la durée de vie, certes, mais ceci pose la question de l'accueil et de l'accompagnement de ces troubles.

5. Symptômes cliniques

Les associations de déficiences sont diverses et les répercussions fonctionnelles varient avec le développement de l'enfant. Le handicap initial peut s'aggraver de handicaps secondaires, ou surhandicap progressif, qui sont à prendre en compte dans le projet thérapeutique. Eviter la survenue de ce surhandicap est justement un objectif prioritaire des prises en charge actuelles du polyhandicap. De plus, il est important de préciser que la symptomatologie du polyhandicap dépend étroitement des zones cérébrales touchées par la lésion. Malgré les nuances, il existe une sémiologie commune.

a. Les troubles moteurs et les répercussions orthopédiques

Les déficiences motrices sont nombreuses. Il existe trois types de syndromes en fonction de la localisation de la lésion cérébrale. Néanmoins, les formes mixtes qui associent ces syndromes sont majoritaires.

- Le syndrome pyramidal, ou la forme spastique, qui correspond à l'atteinte de la voie de la motricité volontaire. Cette affection entraîne une spasticité de certains muscles, c'est-à-dire une hyperexcitabilité du réflexe myotatique qui se caractérise par des contractions musculaires excessives à l'étirement. Différents tableaux cliniques du syndrome pyramidal sont à distinguer : l'hémiplégie cérébrale infantile, la diplégie spastique ou « maladie de Little » et la tétraplégie spastique.

- Le syndrome extrapyramidal, ou la forme dyskinétique, qui correspond à l'atteinte de la motricité involontaire, dont l'ensemble des réflexes, et permet le contrôle du tonus musculaire. Ceci se manifeste par des mouvements involontaires (en particulier des tremblements de repos), une hypertonie et une hypokinésie.

Les deux tableaux cliniques rencontrés sont :

D'une part, la forme athétosique qui se caractérise par des mouvements incontrôlables, involontaires, arythmiques et mal coordonnés se produisant au repos. Ces troubles affectent particulièrement les membres supérieurs et l'appareil phonatoire. Ces manifestations sont augmentées par le bruit, le contact, les émotions et l'effort de maintien postural.

G.Tardieu inclut alors les facteurs B et E dans l'examen au repos. Lorsqu'un sujet souffre d'un facteur B ou basal, il présente des contractions musculaires plutôt que d'être en état de repos musculaire. Ce facteur n'est pas sensible à la rééducation. Le facteur E ou émotionnel définit la réaction pathologique (contraction supplémentaire irrépressible), inadaptée aux excitations brusques. Il peut s'agir de réactions à des stimuli internes (parole, concentration) ou externes (piqûres, bruit soudain, toucher, effort contrarié...). Contrairement au facteur B, ce facteur peut être amélioré par la rééducation. Ces deux éléments sont majorés par l'anxiété.

D'autre part, la forme dystonique qui correspond à un ensemble de contractions toniques, involontaires, localisées dans certains groupes musculaires. Ces accès hypertoniques vont imprimer aux membres ou à l'axe corporel des postures asymétriques avec des attitudes en flexion ou en extension.

- Le syndrome cérébelleux, ou la forme ataxique, qui correspond à une atteinte du cervelet ou des voies cérébelleuses. Il entraîne des troubles de la coordination, de la statique et de l'exécution du mouvement.

Les conséquences orthopédiques

Lors de lésions cérébrales, la répartition asymétrique des déficits musculaires et de l'hypertonie crée des tensions anormales sur les articulations. Les enfants porteurs de polyhandicap sont donc exposés à la survenue de déformations orthopédiques qui affectent préférentiellement le rachis (cyphose, scoliose), les hanches (luxations) et les pieds (équins, valgus, varus, etc.). De même les déformations des membres limitent davantage les performances motrices et les possibilités de déplacements.

On retrouve alors une déminéralisation des os et de faibles amplitudes articulaires qui entraînent une gêne fonctionnelle au niveau de la posture et du mouvement.

Source de douleurs et d'inconforts, ces conséquences ont un impact sur l'autonomie de l'enfant. La prévention des troubles secondaires est primordiale dès le très jeune âge à l'aide de différentes prises en charge (rééducation et appareillages) afin de retarder les interventions chirurgicales. Les

appareillages sont souvent nécessaires pour éviter l'aggravation d'une malformation, redresser une zone articulaire, éviter un affaissement du tronc et donc éviter des complications respiratoires et digestives.

Selon l'ampleur de l'atteinte, les conséquences fonctionnelles sont donc variables et la capacité d'indépendance également plurielle.

b. La déficience intellectuelle

Le quotient intellectuel (Q.I) est approximativement inférieur à 50 dans le champ du polyhandicap. Selon A. Binet, la déficience intellectuelle sévère concerne un QI situé entre 25 et 40 et une déficience intellectuelle profonde concerne un QI inférieur à 25. Néanmoins, il est très difficile d'évaluer le niveau de déficience à cause des difficultés de communication.

Elle entraîne pour le sujet :

- Une absence de langage ou un langage très rudimentaire ;
- Des troubles du raisonnement, de mise en relation des situations entre elles ;
- Des difficultés à se situer dans l'espace et le temps ;
- Une fragilité des acquisitions mnésiques ;
- Des difficultés d'expression émotionnelle ;

Malgré tout, la déficience intellectuelle préserve souvent des possibilités d'expression et de contact avec l'environnement si les enfants sont pris en charge de façon adaptée.

c. Les troubles sensoriels

La majorité des déficits concerne les sens visuels, auditifs et tactiles.

Les troubles de la vision sont très fréquents, ils sont présents chez 40% des sujets polyhandicapés. Ils peuvent présenter une amétropie, une cataracte congénitale ou acquise ou encore une malformation oculaire ou une atteinte rétinienne.

Les troubles de l'audition sont plus rares, ils concernent 3% des personnes polyhandicapées. L'évaluation de ces troubles est complexe car elle suppose la compréhension du sujet pour être bien testée.

Ensuite, les troubles de la sensibilité tactile et de la sensibilité nociceptive sont encore mal connus. Il est parfois possible de constater une hypo-sensibilité tactile qui correspond à une absence ou une mauvaise transmission des informations sensorielles. Le sujet peut également manifester une irritabilité tactile, ressentant alors un effleurement comme une brûlure.

d. Les troubles somatiques

Les troubles somatiques sont nombreux et correspondent aux principales causes de la mortalité chez les sujets polyhandicapés. Ils sont composés d'une insuffisance respiratoire chronique, de troubles nutritionnels (troubles de la déglutition et risques de fausses routes), de reflux gastro-oesophagiens, de troubles digestifs, de troubles de l'élimination entraînant constipation ou infection urinaire ou encore de fragilités cutanées (escarres).

e. L'épilepsie

L'épilepsie est fréquente et affecte entre 40 et 50 % des sujets polyhandicapés. Cette activité électrique anormale des neurones cérébraux est accentuée par des surstimulations visuelles auxquelles il convient d'être vigilant quotidiennement. L'épilepsie peut se manifester par des absences, des crises toniques brèves composées de secousses et de contractions et des manifestations neurovégétatives. Ce trouble contribue à alourdir le handicap de l'enfant et représente une lourde charge pour la famille. Le traitement implique des médicaments antiépileptiques dont le dosage est souvent complexe à définir. En cas d'épilepsie pharmacorésistante, d'autres alternatives doivent être envisagées et un régime cétoène est parfois administré.

f. Les troubles du comportement

Du fait des atteintes intellectuelle et motrice qui affectent toutes les sphères du développement de l'enfant, les troubles concernent les interactions sociales et la communication. Ainsi des stéréotypies, de l'auto-agressivité ou des phénomènes de repli psychotique peuvent tenir une place importante et diminuent l'adaptation à l'environnement.

6. Sémiologie psychomotrice

La majorité des sujets porteurs de polyhandicap présente des défaillances massives d'intégration sensori-motrice qui compromettent tant les échanges avec l'environnement que leur relation à leur propre corps. En effet, les diverses atteintes des enfants polyhandicapés ne leur permettent pas de percevoir et de traiter les expériences sensori-motrices de façon cohérente et constructives. Les manifestations cliniques affectent toutes les sphères du développement et sont étroitement intriquées.

a. Troubles du tonus

Résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur, le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Le tonus se

développe conjointement à la maturation neurologique, et varie d'un individu à l'autre en fonction de facteurs génétiques et environnementaux.

Chez la personne porteuse de polyhandicap, les troubles du tonus sont majeurs et découlent des effets de la spasticité, des hypertonies, des hypotonies, de la dyskinésie et des troubles tonico-émotionnels (paratonie, syncinésie, dystonie). Ces troubles toniques induisent donc des schémas d'enroulement et d'hypertension qui limitent les possibilités d'ouverture avec l'environnement.

L'objectif de la psychomotricité serait de proposer un travail ludique de stimulation et de détente. Les manifestations toniques et émotionnelles étant intriquées, la psychomotricité offre un cadre contenant qui accompagne ces troubles réactionnels. Il s'agit alors d'essayer de faire sentir à l'enfant son corps en mouvement sous l'action de l'adulte, et de l'amener à se mouvoir lui-même ou à tenir une attitude. Par ailleurs le respect des différents stades de développement de l'enfant est primordial.

b. Troubles de la représentation du corps³

De par la déficience intellectuelle profonde, sa motricité très déficiente, son absence de langage, sa difficulté à communiquer et parfois ses problèmes relationnels, il est difficile de savoir quelle image et quelle conscience l'enfant en situation de polyhandicap peut avoir de son corps. Un défaut de connaissance et de représentation de leur corps est à supposer. En effet, l'élaboration du schéma corporel se construit grâce aux expériences perceptivo-motrices ainsi que leur intégration. Or, l'investissement corporel et du monde sont problématiques pour les enfants polyhandicapés. La pauvreté de leurs expériences sensorimotrices est donc majeure. Du fait de la déficience intellectuelle, les niveaux cognitif (concernant la compréhension), intégratif (concernant le fait) et associatif (le schème) sont extrêmement entravés. Ces troubles freinent la structuration psychique du sujet. Le corps du sujet en situation de polyhandicap pourrait être vécu comme morcelé, sans vécu d'unité à l'origine d'angoisses archaïques.

A défaut de représentation, le sujet en situation de polyhandicap ne perçoit pas son corps comme une entité unifiée, globale et bien fermée (sphinctérisée). Il souffre donc d'un vécu corporel morcelé et changeant, semblant perpétuellement se morceler et se dissoudre. Les angoisses archaïques sont donc envahissantes : angoisse d'effondrement, d'anéantissement, de chute, de liquéfaction, de dissolution, de morcellement, de vidage, d'intrusion (du fait des troubles de maîtrise des sphincters). Ce manque de structuration entraîne également une recherche fusionnelle et un collage à l'autre (symbiose secondaire).

³ Polyhandicap et psychomotricité, de la rêverie de l'être à la réalité des corps. Formation SNUP. G. Munoz et S. Payen

c. Troubles de la représentation spatio-temporelle

L'association des troubles de l'enfant porteur de polyhandicap modifie ses représentations spatio-temporelles. Selon A. Bullinger « l'évolution des représentations spatiales suit les étapes du développement postural » (2004, p. 164). Du fait de l'atteinte motrice, la découverte et l'investissement de l'espace par ces enfants sont donc réduits. De plus, leur grande dépendance à l'autre modifie la notion de distances relationnelles décrites par E.T. Hall dans « la dimension cachée ».

Leur lenteur à réaliser des activités ou encore à obtenir ou effectuer une réponse adéquate pourrait perturber la représentation temporelle de ces enfants. Au-delà d'être une attaque à leur continuité d'existence, les crises d'épilepsie entravent aussi leurs repères spatio-temporaux. En effet, selon L. Georges-Janet, « les absences à répétition font aussi perdre des repères, et on peut observer dans les états de mal-absence, des attitudes surprenantes où le sujet semble inconscient de sa propre position » (2002, p.17).

d. Troubles du comportement

La difficulté de développement psychique et cognitif peut entraîner des troubles du comportement chez les sujets polyhandicapés. Les expressions sont d'importance variable, comme des troubles de l'identification, de vécus primitifs non intégrés, de l'intégration psyché-soma ou des angoisses archaïques. Ces troubles du comportement peuvent se présenter sous formes de stéréotypies, d'une auto ou hétéro-agressivité ou encore de phénomènes de replis psychotiques et/ou autistiques.

7. Evaluation psychomotrice

Du fait des atteintes assez lourdes, le bilan est nécessairement aménagé. Souvent détourné de son étalonnage initial, le bilan standardisé est possible mais à visée qualitative plutôt que quantitative. Il est possible de s'inspirer du Brunet-Lézine en adaptant les items selon les capacités du patient, le test du développement fonctionnel moteur de Vaisvre-Douret et la grille des NEM de Le Métayer.

Le bilan sensori-moteur d'A. Bullinger (2004) est particulièrement approprié dans cette observation. En effet, dans le développement cognitif décrit par Piaget, la période sensori-motrice, pré-langagière et infra-représentationnelle, s'étendant de 0 à 2 ans est celle qui correspond le mieux à la situation du polyhandicap.

Le profil sensoriel qui s'appuie sur la théorie de l'intégration sensorielle de J. Ayres est également adapté. En vue d'évaluer le profil cognitif, le P2CJP (Profil de Compétences Cognitives du Jeune Polyhandicapé) est un outil d'évaluation croisant les regards parentaux et interprofessionnels. La place

du psychomotricien est alors incontournable afin de compléter cette passation supervisée par le psychologue.

Le bilan est ainsi constitué d'observations directes et indirectes (au travers des questionnaires). En résumé, il est primordial d'observer les potentialités neuromotrices, sensorimotrices et relationnelles de l'enfant.

-Au niveau sensoriel, il est essentiel de relever l'état tonique général de l'enfant (axial et périphérique) et ses capacités de réactions, son recrutement tonique face aux stimuli. Ainsi, observer ses capacités d'alerte et d'orientation (ou retrait) selon le flux sensoriel (modalité tactile, visuelle, auditive, vestibulaire) est indispensable pour identifier le canal à privilégier. Devant une manifestation clinique, le rôle du psychomotricien est également de distinguer la part neurologique et organique de celle réactionnelle et tonico-émotionnelle. Il est également intéressant de noter si les explorations sont riches, stéréotypées ou absentes.

-Au niveau posturo-locomoteur, étudier le maintien de la tête, du tronc en station assise et debout, les passages d'une position à l'autre est instructif. Il est également intéressant de noter les modes de déplacement employés ainsi que l'organisation spatiale de ces explorations, la dissociation des membres supérieurs et inférieurs. Il s'agit aussi d'observer si la motricité est orientée vers un but ou si elle est uniquement investie pour les stimulations qu'elle procure.

-Au niveau praxique, observer la relation à l'objet, les émergences dans la coordination oculo-manuelle et bi-manuelle de l'enfant et la finalité du geste (utilisation sensorielle, stéréotypée ou symbolique) dans des praxies simples est essentiel. Les réactions devant l'objet, les modes de préhension (au contact ou intentionnelle, palmaire) ainsi que l'ajustement de la mise en forme de la main à la taille et la forme de l'objet sont instructives ;

-Au niveau des représentations du corps, le schéma corporel, les émergences de l'image du corps et la conscience corporelle sont appréhendées par la reconnaissance des parties du corps (somatognosies), le repérage des zones corporelles investies ainsi que la forme des angoisses corporelles ;

-Au niveau relationnel, observer les regards, l'attention partagée (à deux) puis l'attention conjointe (avec un objet médiateur) et les boucles interactionnelles est essentiel ;

-Au niveau expressif, il est important d'observer les manifestations vocales (vocalises, langage), expressions du visage, les capacités communicationnelles (sourires, regards, gestes...), et émotionnelles (expression du plaisir et déplaisir) car leur décodage est vital ;

Quoi qu'il en soit, cette rencontre prend du temps et les observations repérées le temps du bilan se réajustent à chaque séance.

8. Axes thérapeutiques

Le projet thérapeutique doit s'articuler au projet individualisé. Il nécessite d'être clair, cohérent au sein de l'équipe et l'adhésion de la famille est indispensable. Ces axes présentent les pistes à suivre pour tenter de répondre à l'indication. Dans la situation du polyhandicap, il est préférable d'indiquer la direction plutôt que les résultats visés. En effet, l'objectif sous-entend l'idée d'un élément à acquérir, passant d'un point A au point B. Or c'est le processus mis en jeu qui prime dans le champ du polyhandicap et cet intérêt offre un espace de liberté à ce que le patient veut raconter de lui.

Le projet permet également de mettre du sens sur le suivi et évite de se perdre dans une rencontre qui pourrait ne jamais s'arrêter. Visant une direction, il comporte déjà l'idée d'une fin, servant de point de référence et de cadre pour l'accompagnement. Ce projet de soins amène également du contenu aux séances et du sens. Les troubles étant massifs dans le polyhandicap, il convient alors d'être précis dans les indications et formulations du projet thérapeutique. Il peut être synthétisé en plusieurs lignes.

Ce projet essaie d'élaborer ce que l'on sait sur l'histoire du patient. De plus, il est fondamental de garder en tête que le bilan est une photographie à un instant ponctuel. Le projet se réajuste donc tout au long du suivi et s'élabore au fur et à mesure. Et le thérapeute reste constructif dans l'observation.

Enfin, le médecin tient un rôle central car il est le garant et le tiers auquel on peut se référer. Sa place en tant que prescripteur permet également d'éviter notre toute-puissance.

En se référant à la pyramide des besoins de Maslow⁴, les axes de l'accompagnement du polyhandicap se situent à la base de ce triangle, à savoir aux stades des besoins physiologiques et de sécurité prioritairement.

Le projet peut notamment comporter les axes suivants :

- Travail autour du holding et du portage
- Travail autour des limites corporelles, le sentiment d'unité et de contenance
- Travail sur les auto-agrippements en y insérant de la relation
- Travail sur les intonations, les émotions et le dialogue tonique

4

https://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide_des_besoins#/media/File:Pyramide_des_besoins_selon_Abraham_Maslow.png

III. LA RENCONTRE AVEC BRICE

1. Présentation de Brice

Brice est né le 21 mars 2010 est âgé de 5 ans et demi lorsque je le rencontre. Il vit actuellement avec sa mère et son grand frère âgé de 10 ans à Chelles et une procédure de relogement est en cours. Dynamique et enjouée, sa mère s'investit beaucoup dans l'accompagnement de son fils et est une réelle partenaire de soin. Elle est un socle pour Brice comme pour nous.

La grossesse s'est déroulée sans difficulté et Brice est né à terme. Néanmoins, il présente des crises d'épilepsie dès le 4^e jour. Les interactions précoces sont donc difficiles d'emblée. Il ne manifeste aucun signe expressif, aucune larme ou sensibilité. Et son regard n'est jamais porté à droite.

Son père étant décédé d'une rupture d'anévrisme, sa mère se retrouve seule très précocement pour gérer sa famille. Face à ses difficultés avec Brice notamment, sa mère fait appel très tôt à des nourrices matures qui ont une expérience personnelle ou professionnelle qualifiée dans la petite enfance. Les premières consultations médicales auprès de neurologues et neuropédiatres sont également entreprises. Originaires de (...), les examens débutent sur place avec des séjours intermittents en France afin de consulter aussi auprès de médecins parisiens. Les diagnostics sont alors violents, évoquant les termes de « légume » et de « sans espoir ». Devant le pessimisme du neurologue, ils emménagent alors en France.

Atteignant jusqu'à 20 crises par jour, cette fréquence épileptique s'accompagne de fortes angoisses de le perdre pour sa maman.

Devant ces signes d'alerte, une IRM est réalisée et révèle une héli-mégalencéphalie (inflammation de l'hémisphère cérébral) gauche qui est à l'origine des crises d'épilepsie massives dont souffre Brice. Cette affection se répercute sur les fonctions cognitives, exécutives et perceptivo-motrices, endommageant son évolution générale. Il présente à 2 ans et 4 mois un retard global de développement psychomoteur, une absence de langage ainsi qu'une hémiplégie et héminégligence droites. Cette épilepsie étant résistante aux traitements, la décision d'opérer est prise en novembre 2013. A 3 ans et 8 mois, il subit ainsi une hémisphérotomie gauche, consistant à déconnecter les deux hémisphères entre eux. En isolant l'hémisphère malformé ou détruit du reste du système nerveux, l'hémisphère sain prend ainsi le relais, lui permettant de vivre avec des séquelles moindres que celles liées aux crises persistantes.

Cette intervention est déterminante et permet la naissance d'une relation avec sa mère et son frère qui se sentent désormais reconnus. Nous imaginons le tournant radical que cela doit alors représenter pour chacun après cette période difficile. Les crises et les traitements médicamenteux sont également interrompus.

Six mois après l'intervention, Brice bénéficie d'un suivi post opératoire dans le service A de l'institution qui est chargé de la rééducation des pathologies neurologiques acquises. De mai à octobre 2014, il est accueilli en hôpital de jour avec un accompagnement éducatif, kinésithérapique et ergothérapique à raison de deux jours par semaine. Les troubles attentionnels, la fatigabilité et la labilité émotionnelle que ce petit garçon manifeste sont indéniablement dues à l'atteinte cognitive. Grâce à la rééducation, Brice présente de nets progrès moteurs. Au niveau postural, la station assise est stable, ce qui participe sûrement aux capacités d'éveil et qualités interactionnelles (échanges de regard, attention partagée, sourires ?) que Brice développe alors. Néanmoins, Brice présente des phases de repli sur lui-même qui le coupent de la relation. Ces phases où il est « dans son monde » sont distinguables de celles épileptiques selon sa mère.

Durant cette période, il présente par ailleurs des douleurs qui sont traitées par le calcium et le magnésium.

Au cours de ces cinq mois d'hospitalisation, le médecin qui rencontre la maman de Brice deux fois est ainsi progressivement mieux renseigné sur l'histoire de Brice, ce qui affine la connaissance des troubles et oriente vers une atteinte congénitale. L'accompagnement de Brice nécessitant d'être poursuivi au-delà de ce séjour post-opératoire et son profil correspondant aux critères d'admission dans le service C, une orientation dans ce pôle est proposée fin 2014. Un an après l'opération, à l'âge de 4ans et 8 mois, il est admis dans le service C pour un avis sur ses besoins rééducatifs et son orientation.

2. Bilans

Cette période d'évaluation a lieu en novembre-décembre 2014 au sein du service C de l'hôpital.

a. Bilans d'admissions pluridisciplinaires

-Le bilan kinésithérapique révèle que Brice présente du côté droit une triple flexion, une légère spasticité du triceps ainsi que des ischio-jambiers courts.

Brice utilise beaucoup sa jambe gauche qu'il porte à la bouche mais néglige celle droite.

Concernant les niveaux d'évolution motrice, les retournements se font exclusivement vers la droite. Lors du ramper, la réaction de poussée au niveau des membres inférieurs est absente et il se déplace sur le côté gauche. Les postures à quatre pattes, genoux dressés et du chevalier servant se révèlent impossibles. Il peut légèrement participer au pont fessier mais pousse peu sous ses pieds.

Par ailleurs, il s'assied seul en passant par la droite. La position assis en tailleur est stable et il manipule avec la main gauche.

La station debout est quant à elle impossible. Tout au long de cette passation, la capacité de Brice à manifester son refus est notable.

Le bilan conclue à une récupération de la motricité de l'hémicorps gauche et à la nécessité d'un suivi kinésithérapique afin de soutenir ces acquisitions et renforcer son tonus postural. Cette observation ayant souligné la vigilance à porter sur l'évolution orthopédique, les risques de déformations articulaires, rétractations musculaires ou tendineuses sont pris en charge avec l'appareillage dès lors. Brice bénéficie d'un siège en mousse dans un fauteuil manuel. Il est régulièrement installé dans une attelle de station debout (ASD) et dispose de deux orthèses suro-pédieuses afin de maintenir ses chevilles (annexe). Aucun appareillage nocturne n'est mis en place.

-Le bilan éducatif observe une extrême sensibilité à l'intensité des flux (bruits, lumière, sensations) et des intérêts très sensori-moteurs. Cette évaluation repère des troubles relationnels et des conduites élémentaires très restreintes, Brice étant dépendant dans tous les gestes de la vie quotidienne. Il mange mixé, boit épaissi et fait des fausses routes. De plus il bave beaucoup. Et il ne dort pas la nuit. L'équipe n'a pas repéré chez Brice d'angoisse à la nouveauté, ce qui faciliterait son accompagnement. Ce bilan conclue sur l'importance d'un cadre contenant au sein duquel les compétences et possibilités de Brice soient stimulées. Ce projet insiste également sur le soutien de la relation avec sa mère.

-Le bilan médical inscrit que Brice n'a actuellement plus de traitement médicamenteux (hormis ceux contre la constipation) ainsi que de la mélatonine.

b. Bilan psychomoteur

-Observations directes

Sphère relationnelle

Souriant, Brice dispose de compétences relationnelles émergentes. Il remarque la présence de l'adulte à ses côtés et peut rechercher le contact œil à œil. Il est très sensible aux mouvements de l'autre et à la prosodie de la voix. Ces modulations vocales favorisent une accroche relationnelle ainsi que les possibilités de rires partagés. Cependant, ces échanges restent à l'initiative de l'adulte, demeurent fragiles dans leur maintien et extrêmement dépendants de l'investissement de la personne. Malgré le plaisir manifestement ressenti, Brice ne réactive pas cette boucle interactionnelle. Des temps de repli sur soi s'observent avec des rires immotivés et des auto-agrippements sensoriels tels que des balancements et tapotages.

Sphère langagière

Les réactions de Brice à son prénom sont fluctuantes. Son expression orale se constitue de vocalises. Son expression faciale peut se moduler et traduire le plaisir-déplaisir.

Il convient de soutenir les pré-requis au langage : d'une part par l'accentuation des sollicitations verbales, en modulant notre intonation au travers de jeux vocaux pour diversifier son babillage.

D'autre part en exagérant modérément les symboles non-verbaux comme amplifier les gestes, regards, mimiques et postures. Les pré-requis de la communication⁵ sont à privilégier (regard, attention partagée puis conjointe, pointage, imitation, tour de rôle). Ainsi, l'attention partagée est à renforcer. (Celle conjointe émerge seulement car Brice ne regarde pas encore ce que désigne l'adulte). Avec des répétitions guidées, des compétences d'imitation se développent. Il convient de favoriser les émergences du tour de rôle, comme appuyer en alternance sur le bouton d'un jouet qui actionne le mouvement ou la musique de celui-ci. Ceci favorise également le lien de causalité, l'effet spatial du geste, tout en étant en relation.

Sphère tonico-émotionnelle

La régulation tonico-émotionnelle est difficile. Brice peut se laisser envahir par son vécu interne et par des afférences sensorielles extérieures, qu'elles soient agréables ou non. Ce débordement émotionnel se manifeste par une désorganisation corporelle (régulation tonique en tout ou rien), des rires immotivés et des mouvements stéréotypés. Cet excès se traduit également par une labilité émotionnelle. Face à ce défaut d'auto-régulation, l'appui d'un tiers contenant est indispensable. Néanmoins, Brice exprime du plaisir lors de jeux corporels qui engagent des émotions.

Sphère sensorielle

Brice apprécie les stimulations vibratoires et vestibulaires car elles lui apportent un sentiment d'unité et de solidité interne sécurisants. Ces flux sensoriels sont donc à privilégier pour établir un contact avec lui. Accompagner l'exploration de ces flux en dosant leur intensité et quantité est indispensable pour le professionnel afin de proposer une stimulation cohérente. A défaut d'un équilibre entre hypo et hyperstimulation, le repli sur soi est majeur comme conduite défensive face à un environnement inadapté. Ce risque se manifeste notamment par un recours aux auto-agrippements sensoriels. (*Oui c'est vrai je développerai ça plutôt après alors. Je peux laisser cette phrase quand meme ?*)

Les stimulations tactiles ne révèlent pas d'irritabilité lors de la rencontre. Brice n'entreprend cependant pas de conduites exploratoires. Mais cette question de l'irritabilité reste à nuancer devant les observations de la maman quant aux réactions de retrait au contact de l'eau. Ce point serait biaisé par un temps de rencontre court et pourrait fluctuer selon le contexte.

Concernant les stimulations auditives, l'état d'alerte est nettement meilleur à gauche, les réactions n'étant pas systématiques à droite. Brice peut s'orienter vers une source sonore et s'appuyer sur l'adulte pour découvrir des conduites sensori-motrices plus riches.

Concernant les stimulations visuelles, les réactions d'alerte et d'orientation à gauche sont nettes. A droite, l'état d'alerte est fluctuant et l'orientation s'organise peu. La poursuite se fait principalement

⁵ <http://oranov.jimdo.com/1-autisme/pr%C3%A9-requis-langagiers-et-communication-non-verbale/>, consulté le 9/04/16

par rotation de la tête alors que les yeux restent fixés à gauche, traduisant une difficulté à coordonner sa tête et ses yeux.

Relation à l'objet

La relation à l'objet reste très stéréotypée, Brice tapotant l'objet avec sa main gauche. Les objets sont manipulés pour leur sensation immédiate, sans but anticipé. Son répertoire d'actions apparaît pauvre. Les explorations doivent donc être guidées, de façon plus ou moins passive, en variant l'effet produit par le geste. Brice saisit les jouets de la main gauche exclusivement, avec une prise globale ou tridigitale. Il peut tenir deux objets dans cette main. Il saisit des objets dans tous les plans de l'espace et peut croiser l'axe. Il doit être guidé pour introduire une pastille dans un flacon.

Le principe de cause à effet est émergent : Brice effectue le geste mais sa réaction face à l'effet demeure pauvre. La permanence de l'objet est acquise mais peut s'avérer fragile voire absente suivant le contexte et l'aménagement du cadre.

Compétences posturales et cinétiques

Brice est capable de s'asseoir seul et de se rallonger. La posture assise est stable malgré une posture cyphotique. Il avance en décubitus latéral gauche par tractions sur l'avant-bras. Brice peut utiliser son corps comme outil d'exploration de l'espace mais l'héminégligence droite est majeure. Ainsi, si l'objet est placé à droite, Brice pivote sur lui-même afin de s'en emparer à gauche. Cette adaptation et cette capacité à aller chercher l'objet est très positive.

Représentation corporelle

L'héminégligence droite fragilise le sentiment d'unité corporelle. Les sentiments de contenance et d'enveloppe corporelle sont mis à mal, ce qui soulève des vécus anxigènes. Les autoagrippements, tels que ses vocalises, qui fournissent des sensations acoustico-vibrantes, ainsi que ses balancements, en tant que stimulations vestibulaires, vise à apaiser ces angoisses. La capture orale des jouets traduit également cette recherche. Les stimulations tactiles, orales, vestibulaires et vibratoires seraient donc à privilégier pour concourir à cette unification corporelle.

Par ailleurs, les troubles oculomoteurs et de la coordination oculomanuelle qui sont associés à l'hypotonie axiale témoignent de difficultés à se représenter un arrière-plan dos sécurisant. Favoriser l'intégration de cet ancrage corporel soutient l'instrumentation des visions centrales et périphériques. Une installation assise contenante pourra dans un premier temps favoriser les explorations visuelles.

-Entretien avec la maman basé sur les éléments du profil sensoriel

Concernant les flux sensoriels, il peut paniquer face à des bruits imprévisibles et des lumières trop vives. Cette absence d'anticipation du flux est causée par des difficultés de représentation. Il ne

supporte pas la toilette et l'eau sur son visage, ce qui laisserait présupposer une irritabilité tactile. Il rit aux variations de tonalité de la voix, ce qui souligne qu'il est réceptif à ce flux auditif et vibratoire. Par ailleurs, il exprime clairement ses émotions mais son entourage peine à comprendre ce qu'il désire et à contrôler ses humeurs. Brice est intolérant à la frustration, sa labilité émotionnelle est assez nette et il ne comprend pas les émotions d'autrui. Sa mère note que sa désignation n'est pas fiable. Brice réagit à son prénom, reconnaît sa mère, son frère ainsi que des personnes et lieux familiers. Au retour de son frère de l'école notamment, Brice le suit des yeux et effectue des sourires réponses de qualité. Cet environnement répété instaurerait un rituel et une habitude dont il parvient à extraire des invariants. Cette stabilité peut favoriser la relation et permettre aux membres de sa famille de se sentir investis et de maintenir un investissement de Brice.

Pour conclure, l'évaluation psychomotrice révèle un déficit psychomoteur important et relativement homogène dans les différents domaines explorés. Les points d'appui et espaces corporels sont insuffisamment intégrés ce qui freine les processus relationnel et de pensée. L'héminégligence perceptivo-motrice droite réduit le sentiment d'unification corporelle. En proie à des angoisses archaïques de perte d'unité et de solidité corporelles, Brice compense par des auto-agrippements sensoriels. Des compétences indéniables sont néanmoins à soutenir, telles que l'imitation, le tour de rôle et l'attention conjointe. Par appui sur l'environnement, ces capacités faciliteront des comportements sensori-moteurs plus riches. Un accompagnement en psychomotricité est incontournable. Un suivi éducatif et rééducatif dans un établissement spécialisé 24 ter s'avère donc conseillé.

c. Conclusion générale

La conclusion du médecin relève des progrès de Brice sur le plan de l'éveil, manipulateur et locomoteur gauches depuis l'intervention. Ses capacités motrices sont indéniables et permettent une station assise stable et un déplacement au sol de plus en plus efficace. Toutefois son tableau clinique entraîne une dépendance majeure de type polyhandicap, s'accompagnant d'une grande fatigabilité et sensibilité au contexte, avec de nettes fluctuations d'un jour à l'autre. Les émergences relationnelles sont positives, avec la possibilité de contact de bonne qualité et de réels partages émotionnels, mais restent brèves. Ces capacités interactionnelles soutiennent l'émergence de compétences cognitives socles. Soutenir les expressions faciales et vocales que Brice module de plus en plus est indispensable. La prise en charge doit ainsi s'appuyer sur son appétence aux stimulations sensori-motrices et ses capacités imitatives tout en prenant en compte sa labilité émotionnelle et son intolérance à la frustration. Ces axes relevant d'un institut spécialisé de type 24 ter, un dossier MDPH est en cours actuellement.

Brice est accueilli 4 jours par semaine dans le service C en hôpital de jour et son projet s'articule autour des dispositifs suivants :

Le suivi en psychomotricité débute en janvier 2015. Brice est pris en charge lors d'une séance individuelle de 45 min par semaine, en salle de psychomotricité ou en salle snoezelen. Depuis novembre 2015, il participe également à un groupe « vibrations et musiques » une fois par semaine, afin de favoriser la rencontre de l'autre à travers des stimulations propices à un bien-être.

Il est également suivi en kinésithérapie une heure par semaine.

En dehors de ses prises en charge, Brice est en atelier éducatif, dont trois heures se déroulent en ASD et une heure en flèche.

3. Projet individuel de soins

Au regard des bilans exposés précédemment, il est possible d'établir les axes thérapeutiques suivants :

- Favoriser l'intégration du sentiment d'unité corporelle et de contenance par des stimulations somesthésiques basales adaptées (flux tactiles, acoustiques, vibratoires et vestibulaires) ;
- Au travers des déplacements et du plaisir moteur, accompagner un investissement global du corps comme moyen d'action sur l'environnement ;
- Accompagner les explorations sensori-motrices afin de faciliter l'accès aux premières représentations, base d'une plus grande sécurité favorable à l'ouverture à l'autre ;
- Soutenir les capacités expressives (vocalises, expressions faciales) et cognitives émergentes (imitation, attention conjointe) dans une démarche relationnelle (ouvrir ces conduites à autrui).
- Par un appui postural de qualité et un cadre adapté, soutenir les capacités praxiques simples, en particulier la poursuite visuelle et le lien de cause à effet.

4. Première rencontre

Faisant émerger divers vécus plus ou moins agréables, la première rencontre avec Brice reste teintée d'émotions indélébiles.

Inaugurant mon stage en troisième année, ma maître de stage et moi allons chercher notre premier patient de la matinée. A notre arrivée dans le hall animé du service, où tous les enfants sont réunis, jouant et s'agitant selon leurs capacités fonctionnelles et locomotrices, Caroline me désigne Brice vers lequel nous nous dirigeons. La vision de ce petit garçon aux grands yeux noirs dans son verticalisateur me marque d'emblée. Brice étant installé en étoile pour permettre l'ouverture de ses articulations, son corps est en extension axiale, semblant rectiligne et immobilisé dans cette attelle qui m'évoque même l'image d'une personne figée sur un socle pivotant lors d'un spectacle de cirque. Pourtant prévenue et consciente des appareillages en situation de polyhandicap par les cours et un stage d'observation, le vécu qui est renvoyé est très violent. Je suis comme choquée par sa posture « paralysée », dont seule la

tête bouge dans un mouvement de balancements d'avant en arrière, percutant alors le support de sa têtère.

Malgré notre approche lente et verbalisée, ce petit garçon ne paraît pas repérer notre présence. Son regard est flou et Brice semble ailleurs, alors sûrement en difficultés pour trouver des repères dans cet espace si mouvementé et peu stimulant. En guise d'entrée en contact avec lui, Caroline tapote de sa main sur la tablette devant lui tout en verbalisant un « toc toc toc » qui semble alerter Brice. Elle accompagne ensuite le trajet de verbalisations et nous arrivons dans la salle où la séance se déroule dans l'ASD. Brice y étant installé pour une heure sur le temps de notre séance, nous nous adaptons à cette situation exceptionnelle qui est due à un problème de mise en route de l'emploi du temps en septembre.

Au cours de la séance, il émet des grognements, voire des cris durant des instants de panique dont je ne comprends pas l'origine. L'asynchronisation des interactions est donc complète.

Tous les canaux d'échanges et de communication, non-verbaux comme verbaux, sont donc affectés. Je suis sidérée face à ce patient qui me semble si étranger et dont le contact me paraît inaccessible.

Etant mal à l'aise et complètement perdue de mon côté, Caroline est la principale protagoniste de cette séance dont je suis plutôt observatrice.

Les chansons sont appréciées par Brice, notamment « bateau sur l'eau » qui est un espace d'interactions construit avec ma maître de stage avant mon arrivée. Brice se souvient bien de cette comptine qu'il s'approprie en la fredonnant. Durant les instants de panique, Caroline ajoute également un mouvement à cette chanson en faisant pivoter l'ASD sur le sol. Cette association du déplacement a un effet apaisant immédiat car Brice interrompt spontanément sa stéréotypie. Caroline me fournit de précieuses informations sur ses observations cliniques, ce qui m'aide à mettre du sens dans mes pensées brouillons.

Au cours de cette séance où je suis largement observatrice, je manifeste quelques initiatives, toujours basées sur l'imitation ou la reprise de ce que Caroline propose, notamment en chantonnant également la comptine. Mais mes tentatives pour entrer en relation, telles que des tapotements sur sa tablette, n'entraînent pas forcément de réaction, ou le délai de latence peut être long.

Démunie, je note cependant des points positifs et encourageants chez Brice. Il manifeste quelques sourires et sa possibilité d'échanges avec Caroline sont des éléments observés qui font plaisir. J'observe une capacité indéniable dans la causalité. En effet, Brice est capable d'interrompre le balancier de tête afin de ne pas appuyer sur le buzzer interposé entre celle-ci et sa têtère. Brice intègre le fait que l'effet recherché ne serait plus possible, associe également notre geste à ce changement et arrête simultanément son mouvement. Sa capacité à exprimer son refus est nette, Brice s'affirmant en baissant sa tête. Et surtout, ceci souligne une permanence de l'objet acquise puisque, malgré l'absence de vision du buzzer, il assimile et garde en mémoire le fait que celui-ci a été posé plusieurs minutes

auparavant sur sa tablette. Cet élément peut alors être exploité autour d'un « jeu » de cause à effet simple.

Par ailleurs, il manipule les objets dans un rituel : il saisit l'objet de la main gauche, porte son bras sur le côté et jette l'objet en arrière. Nous utilisons alors cet objet employé dans sa stéréotypie avec différentes modalités (bruit, mordre, vibrations...) afin d'exploiter un large panel sensoriel. Cette comodalité tente de lui offrir une représentation de l'objet et vise à ce que cet auto-agrippement, qui est investi pour sa sensation uniquement, soit investi pour son effet. Cela aspire également à ce que Brice puisse gagner en finalité gestuelle par la suite.

5. Problématique et hypothèses devant cette rencontre particulière

a. Ce que la rencontre provoque et renvoie

Cette confrontation singulière me fait prendre conscience que j'investis énormément le langage durant les interactions, et à quel point je suis démunie lorsque je n'ai plus ce canal communicationnel. Mais au-delà des échanges verbaux, ce sont toutes les interactions non verbales, des expressions faciales jusqu'à celles corporelles qui sont bousculées. La boucle interactionnelle est donc fragile à différents niveaux.

Il s'opère ainsi comme une mise à nu, car le langage que j'emploie habituellement pour combler un vide ou un malaise n'a plus la même portée. De même, les tentatives de contacts non-verbaux, au travers des gestes, me semblent inefficaces. Comment entrer en relation avec Brice alors que tous les codes habituels sont mis à mal ? Quelle réaction adopter face à des comportements qui me prennent de court ?

Le sentiment d'étrangeté et les difficultés d'identification provoquent de la sidération et le sentiment d'être démunie. Ces interactions me semblent tellement décalées et asynchrones qu'une impression de solitude extrême survient. La réciprocité est si inhabituelle que j'ai l'impression d'initier une relation unilatérale, qui m'amène même à me demander si le terme de « rencontre », avec sa dimension de contact donc, est approprié pour décrire cette première situation ?

Ce vécu est désagréable parce que je ne vis pas ce que j'aimerais ressentir en tant qu'étudiante, future professionnelle, interlocutrice, personne. Quel que soit le statut, cette rencontre révèle ma propre fragilité, mes propres faiblesses. Souhaitant un accordage total durant la séance, les interactions fluides où la coopération est teintée de compréhension et d'ajustement sont appréciables. Cette difficulté interactionnelle peut être violente et culpabilisante, et ce d'autant plus lors de cette année qui est professionnalisante.

Cette, ceci peut affecter la personne dans sa dimension professionnelle comme dans son identité plus profonde, et donc son cadre interne. Comment le psychomotricien construit-il un cadre thérapeutique, alors qu'il est lui-même désemparé par la relation avec son patient ? Comment offrir alors un espace de rencontre contenant alors que l'on se sent soit même si décontenancé ?

Par ailleurs, le corps du psychomotricien est un vecteur relationnel. Et cet instrument de travail est encore plus important lorsque la communication ne peut s'établir par le langage. Comment faire lorsque cet outil est comme ralenti, voire englué par le malaise alors qu'il s'agit ici du principal intermédiaire ?

Ceci est d'autant plus vrai ici avec l'extrême dépendance de Brice, dont l'accompagnement nécessite un tiers ancré, disponible et souple à la fois.

Débordant de questionnements qui m'interrogent en dehors des séances, j'ai rapidement décidé d'orienter ma réflexion de mémoire sur cette rencontre unique avec Brice. Bien que celle-ci se base sur une situation de blocage, j'entrevois cependant les pistes de réflexion suivantes pour guider ce cheminement.

b. Pistes de réflexion et hypothèses

- Si l'on connaît intellectuellement des notions théoriques dispensées les cours magistraux, les vivre humainement instaure un contraste qui est violent. Face aux vécus de sidération et de culpabilité immédiats, cet état peut se transformer et laisser place à des vécus plus constructifs.

- Devant les troubles massifs et les fluctuations flagrantes entre les séances, cette rencontre est leçon d'humilité puisqu'elle nécessite un certain lâcher-prise invitant à ne pas tout comprendre et maîtriser. Cette relation est leçon d'humilité puisqu'elle vise une rencontre, même ponctuelle et furtive, plutôt que des objectifs cadrés.

Authentique et vraie, cette relation nous ramène à l'ici et maintenant, à l'instant présent. Celle-ci pré-suppose une spontanéité, un naturel et de se détacher d'une sur-intellectualisation qui pourrait couper la relation. Chaque séance est une surprise qui peut déjouer nos connaissances et explications.

-La théorie pourra venir éclaircir ce vécu confus. Néanmoins, les limites de la théorie sont notables en pratique : les moyens d'expression de l'enfant sont vraiment personnels et demandent du temps pour être compris, décryptés. Cette réflexion s'arme de patience, s'inscrit dans une temporalité et un rythme propres au polyhandicap.

- Cette rencontre initiale me semblant tellement unilatérale et solitaire... Peut-on parler de « rencontre » au sens strict lors de ce premier contact ? J'en suis persuadée et les supports non verbaux du psychomotricien seront des appuis privilégiés pour amorcer une rencontre archaïque et authentique avec Brice.

- Le temps est également un allié précieux et il conviendrait d'accepter que la rencontre nécessite plus de temps que prévu.

-Les discussions entre professionnels, la concertation de sa maman me permettront de me familiariser avec le fonctionnement de Brice.

IV. ANGLÉS THÉORIQUES POUR ÉCLAIRER LE FIL DES SÉANCES

« Le premier outil dans une relation thérapeutique c'est nous-mêmes » (O. Grim, p91) introduit bien le fait que toute observation, émotion ou représentation du professionnel est fructueuse et légitime puisqu'il est un acteur essentiel durant la rencontre thérapeutique.

Devant mes questionnements et mon vécu des séances avec Brice, mon choix s'est rapidement orienté vers lui afin de mieux pouvoir l'accompagner. Submergée par cet état d'impressions, tensions, sensations et émotions et représentations qui s'impriment, mon contre-transfert corporel s'avère alors le premier outil indicateur qui me renseigne sur la relation. Etant démunie, j'ai également besoin d'ancrages externes, d'appuis théoriques et du cadre thérapeutique pour m'appuyer. Le suivi des séances concilie donc trois angles essentiels qui s'influencent mutuellement : l'écoute de mon contre-transfert et la co-transformation du cadre tout en observant l'évolution de ma rencontre avec Brice.

Présentons les bases théoriques des trois axes choisis qui servent à analyser l'évolution des séances. Si ces points sont séparés ici pour la nécessité du mémoire, nous garderons néanmoins en tête que cette séparation est artificielle et que ces notions interagissent continuellement en clinique. Ces supports sont également non exhaustifs et d'autres liens théoriques peuvent compléter cette compréhension afin d'affiner la rencontre avec Brice.

1. Contre-transfert corporel

a. Origine et définition du contre-transfert

D'après J. Laplanche et J.B. Pontalis (1967), le contre-transfert se définit comme l' « ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci. » (p103)

Pour Freud, le contre-transfert résulte « de l'influence du patient sur la sensibilité inconsciente du médecin ». Il évoque l'idée de maîtriser ce contre-transfert par une « auto analyse permanente »

Mais devant ce qualificatif réservé aux médecins et psychanalystes, la question se pose : Comment nommer ceci en dehors du cadre psychanalytique ?

Etant indissociable du transfert, la définition de ce dernier terme amorce un début de réponse puisqu'il représente « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique ». Le transfert et contre-transfert se déploieraient ainsi complètement en psychanalyse mais ne seraient pas exclus d'un « certain type de relation », élargissant donc ce cadre.

Enfin, C. Potel (2015) résout définitivement le problème d'appartenance de ce processus avec la notion de « contre-transfert corporel ».

Quel que soit le qualificatif employé, prendre en compte ces manifestations transféro-contre-transférentielles est indispensable à l'« anthropogénèse » évoquée par O. Grim (2000) qui transforme le « petit infirme au statut d'être humain » (p86). Cette base est donc d'autant plus incontournable dans la situation avec Brice.

b. Contre-transfert corporel

En 1967, G. Devereux écrit que la science, « doit exploiter la subjectivité inhérente à toute observation en la considérant comme la voie royale vers une objectivité authentique plutôt que fictive » puis P. Prayez ajoute en 1994 « la seule objectivité possible est la prise en compte de la subjectivité du chercheur comme créatrice et productrice de données. » (Cités par O. Grim, p66).

Dès son avant-propos, C. Potel (2015) illustre l'aspect fondamental de cette notion en psychomotricité qui « se trouve bien au cœur du travail du psychomotricien, comme mode d'accès au vécu archaïque du patient, qui, par cette voie particulière de communication, nous raconte quelque chose de son histoire précoce. » (p18) Si notre attention se concentre vers notre patient, pour autant, « il est toujours difficile de parler du corps de l'autre sans parler de son propre corps ». Ainsi il s'agit de « s'appuyer sur ce que nous ressentons, ce que nous éprouvons, en sa présence, pour entendre quelque chose de lui qui ne se parle pas. » (p.21)

Cet écho corporel et sensoriel s'avérerait même incontournable du fait du développement sensori-moteur et infra-verbal dans le polyhandicap. Quoiqu'il en soit, ce biais constitue l'une des clés de compréhension du travail clinique.

c. Empathie ou contre-transfert ?

S. Lebovici définit l'« empathie, [...] que R. Doron [...] circonscrit comme « l'intuition de ce qui se passe dans l'autre, sans oublier toutefois qu'on est soi-même, car dans ce cas il s'agirait d'identification » et l'auteur précise que « pour C. Rogers, l'empathie consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne, et à les comprendre comme si on était cette autre personne » (cités par C. Potel, p.15)

En relevant de l'émotionnel, l'empathie se différencie de l'intuition qui se réfère quant à elle au domaine cognitif et à la théorie de l'esprit. De même, l'introspection consiste en « voir au-dedans » alors que l'empathie se joue dans le « sentir au-dedans ».

Sandor Ferenczi parle de concept de « psychanalyse mutuelle » et de « sentir-avec » (C. Potel, p16)

En réfléchissant autour de la « copensée », David Widlocher précise astucieusement que le mécanisme de l'empathie « est en quelque sorte l'inverse de celui du contre-transfert dans la mesure où il s'agit,

pour le thérapeute, de placer son esprit dans celui du patient, et non pas d'observer comment celui du patient prend possession du sien »

En un sens, l'empathie recouvrirait un processus actif alors que le contre-transfert agirait sur un mode davantage passif ? Du fait de mon incompréhension du fonctionnement de Brice qui bouscule mes codes, mon empathie serait alors troublée avec lui mais le processus plus « passif » de contre-transfert serait un appui ?

En réalité, ces deux éléments sont indissociables.

L'empathie est indispensable à tout lien humain, engageant la capacité à se mettre à la place d'autrui, percevoir ce qu'il ressent et s'adapter à lui. Toutefois ce terme isolé est insuffisant pour qualifier le rôle du thérapeute qui transforme les émotions « brutes » en représentation.

Décrite par S. Lebovici l'« empathie métaphorisante » (Préface de B.Golse, C. Potel, p 16), relance un matériel inconscient susceptible de freiner le développement du self de l'enfant. Complétant ainsi le terme d'« empathie », cette expression correspondrait davantage au rôle du psychomotricien. Loin d'être des décharges impulsives ou des passages à l'acte, « enaction » et « enactment », sont des mises en corps progressives de l'émotion. Ces dernières s'inscrivent donc dans une réflexion représentative avec une maturation émotionnelle et corporelle, sous-tendant l'action dans l'instant présent.

B Golse précise même que l'« empathie corporelle précède et prépare le niveau d'« empathie métaphorisante » » ((Cité par C. Potel, p37)

Etant étroitement lié, le contre-transfert corporel répondrait davantage encore à ce processus thérapeutique, étant défini comme son ressenti profond en présence de son patient, « qui peut faire l'objet d'une élaboration après-coup grâce à laquelle ce qui a été perçu remonte au niveau de la conscience. » pouvant ainsi éclairer certaines parties de la psyché du patient, inaccessibles dans le champ de la conscience, clivées ou totalement enfouies. » (C Potel, p36)

Le psychomotricien accueille « les expressions humaines les plus primaires » (C. Potel, p37). Ainsi il prend en compte « des signifiants archaïques, et par la « synchronie polysensorielle » concourt alors à l'ontogénèse de l'intersubjectivité et de la subjectivation.» (*Ibid.*)

De plus « quand ce sont les formes les plus primitives de communication qui sont actives : sensations, vibrations, perceptions, ces effets impalpables de la relation thérapeutique. » » Le matériau corporel de l'émotion est à la source du travail de transformation psychique et de symbolisation que doit faire le sujet tout au long de sa vie. » (C. Potel, p28). Cela correspond particulièrement à l'accompagnement de Brice, fondé sur le champ infra-verbal où le corps est le vecteur privilégié d'échanges.

« Le contre-transfert corporel associe, aux éprouvés, aux éprouvés « empathiques » émotionnels, les éprouvés sensoriels, vécus et transmis presque parfois par contagion dans le corps du thérapeute, dans un travail actif et volontaire puisqu'il « y accorde toute son attention pour les penser ». (C. Potel, p.37)

Enfin ce travail de d'interprétation s'effectue « d'abord pour lui-même et ensuite pour son patient. »
(*Ibid.*)

Le contre-transfert corporel a donc toute sa place dans mon suivi de Brice afin d'analyser simultanément son évolution, la mienne ainsi que notre rencontre qui s'édifie sur un mode archaïque.

d. Le contre-transfert dans le champ du polyhandicap : entre inquiétante étrangeté et sidération

O. Grim décrit que « notre amour du même est impérieux, immodéré et périlleux » (p 101). Qualifiée de « mimesis », cette recherche serait primordiale à la construction des liens d'attachement.

Dans l'accompagnement du polyhandicap, la violence est liée à la difficulté de reconnaître l'autre en tant que sujet tant l'identification et les interactions sont impactées dans cette rencontre.

A ce sujet, Freud parle « d'Unheimliche » en 1919 pour décrire le sentiment d' « inquiétante étrangeté » mêlant familiarité et étrangeté. Cette expression signifie littéralement « pas comme chez soi, pas de ma patrie. ». Ce vécu émerge « lorsque des complexes infantiles refoulés sont ranimés par une impression, ou lorsque des convictions primitives dépassées paraissent à nouveau confirmées ». Ainsi un élément archaïque refoulé ressurgit dans la rencontre et déstabilise. Le handicap viendrait alors révéler au grand jour ce qui devait rester caché. La « figure du monstre » serait étroitement liée à ce sentiment dans le champ du polyhandicap. Ainsi G. Lascault appuie que « n'est que le miroir de nous-mêmes, ce qui nous renvoie à la question du contre-transfert (Cité par O. Grim, p79)

Ce sentiment parlant de soi, cette inquiétante étrangeté viendrait effracter les limites du Moi.

O. Grim exprime que « inquiétante étrangeté » qualifie « les rapports complexes interindividuels, entre ce qui est de la même essence et ce qui semble « complètement étranger, totalement incompréhensible. » Alors, « la peur n'est jamais loin et le plus souvent, en fidèle et encombrante maîtresse, elle guide nos pas. » (p88). Ceci désigne tout à fait ce que j'ai pu ressentir avec Brice.

Ce malaise peut se manifester par des difficultés à accorder à une personne en situation de polyhandicap des pensées, du fait de l'absence de gestes codifiés notamment. Cela peut se traduire en pensant et interprétant à leur place au risque de ne plus les voir comme sujets.

D'autres réactions défensives comme un langage détaché et un humour grinçant peuvent surgir. Seulement, ces mécanismes ont valeur de défouloir mais ne sont pas élaborés. Ces décharges qui ne sont pas représentées nécessitent d'être répétées et ne sont pas constructives.

Pour ma part, les difficultés se sont concrètement matérialisées dans la sidération qui est un phénomène défensif inconscient qui rend la personne incapable de penser et d'éprouver. L'intervention d'un tiers est indispensable pour sortir de cette impasse.

2. Rencontre

a. *Définitions*

Consulter le dictionnaire nous renseigne sur les significations variées du mot « rencontre ». Imprévisible dans le « fait de se trouver fortuitement en présence de quelqu'un »⁶, la rencontre peut également être définie par son point de départ quand on se trouve « pour la première fois en présence d'autrui ». Sa durée peut aussi la qualifier : courte, en croisant quelqu'un sur la route, ou durable et fructueuse en faisant « la connaissance de quelqu'un qui va compter dans une vie ».

Par ailleurs, elle peut consister en une entrevue ou conversation concertée lors d'une rencontre politique par exemple, impliquant alors le langage codifié et le dialogue verbal.

N'étant néanmoins par forcément agréable, il est intéressant de constater que l'on peut employer ce terme dans des contextes de « mauvaise rencontre », plutôt compétitif de rencontre sportive, voire combatif dans un affrontement d'ennemis. Au billard, la rencontre consiste même au choc des billes provenant de directions opposées.

Ensuite, la rencontre peut s'effectuer « en allant volontairement au devant d'une personne »⁷, comprenant alors un élan et une intention. Ainsi, aller « à la rencontre de quelqu'un » implique un mouvement et un déplacement vers l'autre. La rencontre peut également être l'occasion de rassemblement d'idées, convergence de pensées ou négociations visant une décision collective dans un cadre syndical, professionnel ou politique. Loin d'être imprévue, la rencontre aurait ici un objectif identifié et une dimension groupale.

Au sens phénoménologique, l'Homme n'est pas la seule source de rencontre puisque toute situation, fait ou événement en est également l'agent. Représentant alors le « fait d'entrer en contact, en relation, de manière intentionnelle, avec autrui et le monde. », cette définition dépasse le champ de la rencontre inter-humaine exclusivement et l'ouvre à tout objet de connaissance.

La rencontre a donc un sens bien plus large ici et en souligne l'aspect multisensoriel (stimulation auditive, olfactive, tactile ou visuelle). Généralement, la notion de rencontre convoque d'ailleurs l'aspect visuel et le regard, s'agissant du « fait de regarder quelqu'un au moment où il nous regarde. »

« La première rencontre authentique avec la mère se distingue de toute autre espèce de rapport affectif, de toute autre manière d'être ému en étant touché, de stimulation qui stimule, de sensation qui découvre. Cette rencontre est un modèle pour cette unité de l'amour et de la connaissance qui garantit une compréhension plus profonde de l'homme. »⁸

⁶ <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/rencontre>

⁷ <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/rencontre>

⁸ F. J. BUYTENDIJK, *Phénoménol. de la rencontre*, trad. par J. Knapp, 1952, p. 31. Cité dans <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/rencontre>

Qu'elle soit abordée sous son aspect communicatif, intentionnel avec un « mouvement vers », son objectif, authentique (basal et archaïque) ou par son point initial, sa durée, la rencontre est polymorphe mais ne laisse pas indifférent ni indemne de sensations ou souvenirs : elle engage des émotions agréables ou non, implique nécessairement le fait d'entrer en contact, voire en confrontation, et est toujours source de connaissance. Ces enjeux sont unanimement présents dans la rencontre avec Brice.

Qu'en est-il dans le champ thérapeutique au sens strict ?

b. Rencontre thérapeutique

En clinique, la surprise inattendue n'est pas réellement de mise puisque la rencontre s'inscrit davantage dans un processus mûrement réfléchi et n'a rien à voir avec le hasard habituel. Malgré ce versant formel, chaque nouvelle rencontre reste néanmoins singulière, représentant la « promesse d'une nouvelle histoire humaine. » (C. Potel (2015), p.44).

Toutefois, la rencontre n'est pas forcément naturelle, et ce malgré toute la bonne volonté investie, nécessitant alors de s'armer de patience. En effet, « la synergie souhaitée des attentes peut ne pas se réaliser » (*Ibid.* p.47)

Et l'accompagnement de Brice illustre parfaitement cette rencontre mêlant particularité et complexité.

c. L'aire d'échanges archaïques commune comme espace de contact dans le champ du polyhandicap

Le projet global du patient s'enracine dans un ensemble de conditions qui sont nécessaires à la relation. Lors de difficultés d'accordage entre les protagonistes, trouver un compromis est indispensable pour y remédier. Rechercher cette interface qui offre un terrain de rencontre est essentiel dans le travail du psychomotricien. Echo de la relation maternelle primitive évoquée dans les définitions, G. Munoz (2002) qualifie cette surface d'« aire d'échanges archaïques commune », en référence aux interactions précoces, aux stimulations sensorimotrices que le corps à corps, le tonus, le toucher, le regard et le souffle procurent.

Tout comme le holding psychique et physique établi par Winnicott, la psychomotricité vise cette aire combinant l'espace réel de la salle ainsi que l'espace psychique. L'idée d'un nid et d'un cocon contenant est également centrale.

Nous retrouvons donc la situation vécue avec Brice, marquant le point de départ d'une réflexion de mémoire et de recherche d'espaces de rencontres au fil des séances.

Mais intéressant de faire évoluer cette rencontre qui progresse dans un contexte et un cadre donnés. Un éclairage théorique de la notion de cadre s'avère donc indispensable.

3. Cadre

a. *Définition et nuance entre cadre et dispositif*

Pour illustrer le cadre thérapeutique, C. Potel (2015) emploie l'image du cadre d'une peinture qui « définit les contours, précise le regard, confirme la profondeur » (p.65). Cette métaphore représente l'intériorité et l'imaginaire du patient, à condition que l'environnement soit suffisamment contenant.

Le cadre consiste en une théorisation psychanalytique appliquée ensuite à tous les développements de la psychothérapie :

Le cadre analytique classique est défini par des critères précis :

- La fréquence, durée, localisation de l'intervention ;
- Position des personnes (installation) ;
- Rapport contractuel (paiement des séances)
- Modalité d'intervention (principalement verbale libre en psychanalyse)
- Confidentialité, secret ;
- Règle d'abstinence (refuser de se mettre à la place où le patient souhaite mettre l'analyste dans le transfert)
- La règle de neutralité (absence de jugement, de conseil, de directive)

Nous voyons que ce cadre strict doit nécessairement être ouvert et aménagé en clinique, et ce d'autant plus dans la situation de Brice. Il est constamment pensé par le thérapeute, garantit un repérage spatio-temporel et la continuité de l'accompagnement. M. Martin précise également une dimension éthique qui est irréductible dans le cadre, à savoir le respect.

Il s'agit de l'ensemble des dispositifs nécessaires pour amorcer le travail analytique et pour permettre aux processus thérapeutiques psychomoteurs de se déployer.

Le dispositif et le projet thérapeutique sont donc des parties du cadre. Une fois que le cadre est énoncé, il devient certes muet ou silencieux, mais il reste néanmoins actif. Ainsi, bien que le cadre soit omniprésent, il n'est pas forcément conscient et a des effets qui nous dépassent. On parle notamment de cadre implicite.

Winnicott parle de somme de tous les détails des aménagements. Ainsi, les éléments constitutifs du cadre seraient les règles issues des interdits fondamentaux. D'un part, l'interdit de tuer, dont découle l'interdiction de faire de mal à l'autre, à soi, de casser et de détruire. D'autre part, l'interdit de l'inceste, dont découle l'interdit d'avoir une sexualité avec un mineur ou le passage à l'acte sexuel thérapeute-patient. Servant la survie de l'espèce, ces interdits sont fondamentaux, universels et immuables.

En revanche, la règle est quant à elle relative au moment, au lieu et au groupe. Elle s'adapte donc à la collectivité et peut évoluer.

-Le dispositif représente la sous-partie la plus matérielle du cadre. Ce dispositif est composé d'une série d'éléments :

Tout d'abord la dimension spatiale questionne sur le lieu du déroulement. Cet espace doit être protégé des agressions extérieures qui pourraient pénétrer ainsi que celles internes. Penser à l'aménagement de l'espace est donc incontournable dans cette gestion.

Ensuite, la dimension temporelle concerne l'heure, la durée et la périodicité du rendez-vous. Cette organisation stable permet de mettre à distance nos mouvements affectifs.

Le dispositif concerne aussi les modalités de la séance, à savoir individuelle ou groupale (dans ce dernier cas, il s'agit de choisir entre le groupe ouvert et fermé), en mono ou en cothérapie (dont il faut définir le garant)

Ce système a enfin trait au choix du matériel, c'est-à-dire le médiateur.

b. Cadre interne et externe

Le cadre thérapeutique s'inscrit lui-même dans un cadre institutionnel. Le cadre interne du thérapeute est contenu dans le cadre de soin, lui-même contenu dans un cadre institutionnel, qui est lui-même inscrit sans une société avec des règles (cadre législatif). Ainsi, le psychomotricien n'est pas seul dans son exercice mais est encastré dans d'autres processus structurants.

Le cadre interne du thérapeute est constitué de sa personnalité, de ses formations, de ses référentiels théoriques et de sa déontologie professionnelle. Il s'agit en somme de tout ce qui nous fonde en tant que professionnel.

En pratique, plus le cadre externe est mis à mal, et plus on va s'appuyer sur le cadre interne. Inversement, plus le cadre interne est attaqué, plus celui externe servirait de support. Dans la situation de Brice, nous pouvons donc imaginer que cette enveloppe externe sera un appui.

c. Entre directivité et non-directivité

La directivité répond à un programme explicite, avec des objectifs échelonnés (comme en thérapie cognitivo-comportementale par exemple). La non-directivité ne signifie pas quant à elle de tout laisser faire, ni de ne rien faire. En revanche, il s'agit de ne pas savoir à l'avance ce qui va se jouer tout en gardant en tête l'indication et le projet de soin. Cette situation correspond notamment à l'accompagnement de Brice dont les séances ne peuvent être prévues. Un cadre non-directif amène à l'expression de l'archaïque et du pulsionnel, qui sont très bruts et loin de la pensée. Cette non-directivité répond également aux besoins de contenance et de sécurité.

d. Fonctions du cadre

Une des missions du psychomotricien est de s'en saisir afin de l'utiliser comme outil de soin thérapeutique.

- Le cadre est tout d'abord *structurant*, à la fois *délimitant et contenant*. D'une part il délimite un dedans et un dehors (enveloppe), un avant/pendant/après (structuration temporelle), une présence et une absence. Il est aussi délimitant pour sa fonction de pare-excitation. Cette sécurité correspondrait à l'imgo paternel de ce qui tient, érige et permet l'émergence de proto-représentations.

D'autre part, le cadre tient une fonction contenante, correspondant plutôt à l'imgo maternel. Cette contenance s'apparente à une matrice qui était la représentation. Ainsi, C. Potel (2015) qualifie la matrice maternelle de « premier contenant » (p.66) Les éléments les plus archaïques du patient et du thérapeute étant déposés dans le cadre, ces aspects nécessitent d'être contenus. La contenance accompagne les expériences d'appropriation (afin que le patient les fasse siennes en les intégrant et en les assimilant) et soutient la symbolisation. C. Potel (2015) explique que, chez le sujet, le passage du corps organisme (biologique et anatomique) au corps investi (qui reçoit, perçoit, ressent, « un corps capable de transformer les excitations en énergie vitale » se fait à condition d' « avoir rencontré et pouvoir s'attacher à un autre corps, un corps psychique, un corps qui a prêté sa peau pour que le bébé puisse construire la sienne propre. Alors seulement, les stimulations extérieures peuvent dépasser le stade d'excitation pour devenir perceptions, sensations, source de plaisir et de curiosité, génératrices d'actions » (p.66). La prise en charge du bébé doit se faire de façon « à le penser avec son corps, le parler avec ses bras et le porter dans ses mots » (*Ibid.*). Elle précise ainsi la nécessité d'une considération globale du bébé, d'un holding contenant et le caractère indispensable des verbalisations dans cet accompagnement. Ces conditions s'appliquent autant à la petite enfance qu'à l'accompagnement du polyhandicap.

Globalement, le cadre donne du sens et vectorise la pensée.

-Le cadre est ensuite gage d'une *solidité* ni trop rigide, ni trop fragile. Il doit donc amener une sécurité suffisante.

-Le cadre doit aussi être *malléable* et donc pouvoir être attaqué sans pour autant être détruit. Ceci concerne également nos propres attaques (de lassitude, de rejet par exemple). Cette souplesse permet à la créativité du patient de s'exprimer.

-La *permanence et la continuité* de tous les éléments du dispositif sont essentielles au cadre.

-Enfin, le cadre dispose d'une fonction *différenciatrice* entre le soigné et le soignant, le premier pouvant tout exprimer et le deuxième tout recevoir.

Ajoutant une fonction supplémentaire au cadre, P. Lafforgue explique que l'espace du soin doit être considéré comme un *lieu de projection du corps propre*. Cette notion d'identification projective a initialement été développée par M. Klein, repérant déjà ce processus chez le bébé qui projette des

éléments internes sur son espace extérieur. De même, le psychomotricien doit repérer la façon le patient projette ses propres éléments archaïques, son propre rapport au corps (ses vécus) et la représentation qu'il en a, sur les éléments architecturaux (murs, objets, thérapeute). Dans cet accueil de projections, le corps du thérapeute détient une place centrale, en tant que « corps qui accueille la rêverie, un corps gardien, un corps qui contient ». (C. Potel, p. 65) Le rapprochement entre le corps du thérapeute et le corps de la mère est alors indéniable.

Dans le champ du polyhandicap, les auto-agrippements manifestent des moyens de lutte contre l'angoisse afin de stabiliser une image du corps chancelante. Leur typologie renseigne donc sur leur vécu corporel. Le polyhandicap s'inscrivant dans les « situations extrêmes de la subjectivité » décrites (p.1), Anne Brun (2014), qualifie ces manifestations de « formes primaires de symbolisation » et explique que leur exploration « permet ainsi de prendre en compte les aspects les plus primitifs de l'expérience subjective, dans toute rencontre clinique quelle qu'elle soit. » (p.2).

e. Le corps propre comme cadre originel

Le vécu corporel étant central, C. Potel(2015) définit à ce titre le corps propre comme étant le « premier cadre » (p.66). Les expériences et éprouvés corporels sont les premiers éléments structurant cette entité. Les sensations primaires de plein ou de vide, de repu ou de manque, sont des éprouvés que le nourrisson maîtrise progressivement avec l'aide d'un tiers qui est en capacité d'être en relation avec son corps. Petit à petit, le sentiment d'avoir un corps fermé le protège des vécus d'intrusion, et la libre circulation des perceptions/sensations s'harmonise par la découverte, l'exploration des orifices qui sont source de plaisir des sens. Les limites dedans/dehors s'établissent ainsi et l'enfant les symbolise par des jeux de manipulation (vider, remplir, transvaser, verser, porter). Les bassines, sacs et boîtes sont alors des supports symboliques de cet investissement corporel, maîtrise sphinctérienne et donc appropriation corporelle. Cette appropriation sphinctérienne et les processus de symbolisation faisant nettement défaut dans le polyhandicap, le psychomotricien peut encourager la perception de cette enveloppe en accompagnant ces jeux en séances, afin de favoriser l'émergence d'une relation au monde.

f. Quand le cadre est mis à mal, la bipolarité du cadre

Les entraves pour percevoir les limites dedans/dehors corporelles expliquent de nombreux troubles des espaces sociaux (explosion ou retrait, repli). Il peut en découler une absence de maîtrise de ce qui est extériorisé. L'impulsivité traduit des vécus bruts, dépourvus de travail psychique. L'intolérance à la frustration témoigne de la toute-puissance et se manifeste par de la violence (au corps propre ou au corps de l'autre). La construction originelle qui s'inaugure dans le corps n'aboutit pas à de la

représentation. Il s'ensuit un accrochage à la satisfaction immédiate, tel que l'on peut observer dans l'accompagnement du polyhandicap.

g. Notion de structure encadrante

L'intégration des limites corporelles va de pair avec les limites des actions du corps. Ces castrations aident à tolérer la frustration, à condition d'être dans un juste équilibre entre plaisir et déplaisir. Ces processus sont extrêmement limités dans le polyhandicap, et l'intolérance à la frustration est prégnante. Néanmoins le psychomotricien peut encourager cette démarche par des expérimentations du souple et du ferme, du dur et du mou, afin d'aider le sujet en situation de polyhandicap à assimiler cette ambivalence limitant/contenant évoquée précédemment. Ces deux polarités favorisent la perception de soi, l'intégration de repères et donc l'obtention d'une sécurité, qui sont des axes primordiaux de l'accompagnement du polyhandicap. Ces éléments favorisent également la structuration psychique et l'émergence du sujet en situation de polyhandicap. Illustrant cette flexibilité, C. Potel (2015.) perçoit l'espace de la psychomotricité comme un « cadre matriciel qui va inclure la bipolarité maternelle et paternelle, alternativement ou simultanément. » (p.73)

La « permanence des appuis relationnels », qui reprend la permanence du dispositif décrite plus haut, joue sur le développement psychomoteur du sujet, ceci étant d'autant plus valable dans les troubles et l'extrême dépendance du polyhandicap.

Quoiqu'il en soit, les gestes du psychomotricien ont une double portée, à la fois concrète et symbolique. Ainsi, « notre engagement corporel et verbal va faire levier thérapeutique » et donner une première charpente psychique. » (*Ibid*, p. 69). Nos verbalisations donnent du sens et doivent bercer les rencontres, même si ces mots doivent exprimer nos propres difficultés ressenties ou un malaise. Les rencontres pouvant être complexes dans le champ du polyhandicap, ce point serait alors extrêmement vital dans les séances avec Brice.

Ainsi le cadre thérapeutique en psychomotricité doit être rassurant et stimulant, favorisant l'exploration du corps et de l'environnement. Parfois comparé à un « contenant maternel » protecteur, le terme d' « enveloppe » serait en fait plus adapté pour qualifier cet espace. Cette membrane permettrait aux pensées de se déployer, en limitant les excitations internes ou externes d'être désorganisatrices. M. Martin souligne que la principale priorité du cadre est de garantir la rencontre.

V. LES SEANCES AVEC BRICE

La 2^e rencontre avec Brice s'effectue dans le cadre de la salle Snoezelen pour lui offrir un espace le plus contenant et sécurisant possible face à son état fatigué qu'il nous laisse entrevoir. La salle classique de psychomotricité offre de nombreuses stimulations mais l'espace Snoezelen a sa spécificité.

Développé en 1970 par des Hollandais, le concept « Snoezelen » représente une démarche d'accompagnement privilégiant la notion de « plaisir » et de « bien-être » au travers de stimulations et d'explorations sensori-motrices. Ce terme dérive de la contraction de Snueffelen (renifler, se sentir) et de doezelen (sommoler). Ce médiateur privilégie un cadre contenant et une relation individualisée centrée sur la construction d'une sécurité psychocorporelle. Cet espace ouvre une rencontre où la sensorialité est l'intermédiaire du contact avec le monde et créatrice d'une évolution de Brice. Chaque sens peut alors être sollicité en fonction de ses capacités et désirs.

La salle dispose ainsi de diverses stimulations : visuelles (colonnes à bulles, boule à facettes, fibres optiques, miroir...), auditives (musique, tableau lumineux sensible aux sons...), olfactives (diffuseur d'arômes), tactiles (enveloppement, mur de textures...), vestibulaires (hamac et matelas à eau). Chaque stimulation peut être proposée en situation passive (où la source du flux est mobile et Brice est fixe), active (où l'émetteur est immobile et Brice est en mouvement) ou mixte (les deux éléments sont en mouvement).

Au-delà de l'observer dans un nouveau contexte, ce cadre Snoezelen contient donc un matériel privilégié qui est intéressant dans sa situation du jour, afin d'amener des stimulations vestibulaires de façon appropriée, notamment grâce au matelas à eau et au hamac. La fatigue de Brice se manifestant par un seuil de tolérance beaucoup plus bas, cet espace très contenant permet de doser les stimulations avec plus de finesse.

La salle permet en effet d'expérimenter la co-modalité sensorielle en associant les différents sens avec précision. Appréhender l'objet de façons variées permet de sortir de la sensation pure afin que Brice comprenne les particularités sensorielles et puisse accéder à une représentation. Mais doser ces flux est primordial afin que cette multi-sensorialité ne le disperse pas. C'est la raison pour laquelle nous ne multiplions pas excessivement les sources sensorielles et les abordons une par une durant la séance : Tout d'abord la présentation multisensorielle des fibres optiques, ensuite des colonnes à bulles, puis le hamac.

Alors que Brice est allongé sur le dos sur le matelas à eau, nous expérimentons les diverses possibilités des fibres optiques et de ce support. Par exemple, nous les utilisons les fibres optiques pour leurs stimulations visuelles (colorées et lumineuses), tactiles (forme qui glissent sur la peau ou la piquent) et auditives (en tapant sur le matelas). Nous mobilisons des jeux de rythmes et de vitesses en tapant plus ou moins vite sur le matelas. Nous varions également les zones corporelles de contacts en passant les fibres sur ses mains, son visage... Ceci est intéressant, nous permettant d'observer les réactions de

Brice entre l'activité et l'arrêt des flux et voir s'il réagit à cette nouveauté créée par l'arrêt lumineux. Il n'est pas initiateur dans cette étape mais semble attentif à ces stimulations.

Nous mobilisons ensuite le système vestibulaire de Brice qui est toujours installé sur le matelas à eau, en créant des vagues par des appuis alternés. Etant alors passif, Brice vit paisiblement ces stimulations. Par les retournements, en s'asseyant et en explorant, ces changements de positions dans les plans de l'espace que nous étayons participent à ces variations vestibulaires durant des moments où il est en mouvements également. Il semble vivre sereinement ces instants où il est plus actif. Cette alternance de passivité/activité contribue à la prise de conscience de la différenciation Moi- non Moi, tout en lui apportant un vécu d'unité.

Cette salle offre également la possibilité d'émettre une musique au travers du matelas qu'elle fait vibrer. Cette modalité étant intéressante dans le cas de Brice, nous faisons appel à des musiques à percussions pour atteindre sa structure osseuse au travers de vibrations et de résonance et favoriser son sentiment de contenance.

Lors d'un moment d'angoisse sûrement lié à une pause dans les flux, Brice commence à se balancer. Caroline s'installe alors derrière lui, l'appui-dos lui donnant un support pour maintenir son axe, le contenir et le reposer. En effet, Brice stoppe ses balancements et ses mains sont ainsi plus disponibles pour explorer.

Ainsi apaisé, son état est propice à l'exploration des colonnes à bulles vers lesquelles nous nous tournons. Ces dernières changent de couleur à l'appui du bouton concerné sur la commande, permettant ainsi d'associer la cause à effet. Mais ces colonnes changent aussi de couleur toutes seules. Après démonstration et un appui corporel pour l'inviter à appuyer sur le bouton, Brice participe à son tour à cet appui. Nous constatons que Brice regarde la colonne mais pas le bouton sur lequel il appuie de manière un peu répétée. Peut-être anticipe-t-il déjà les variations colorées ? Ou alors est-il captivé par ces visualisations colorées et ne parvient pas à s'en détacher ?

Ces appuis devenant un peu stéréotypés, nous installons Brice dans le hamac afin de poursuivre les stimulations vestibulaires par les balancements et les chansons, source de stimulations acoustico-vibrantes. Cela a un effet bénéfique indéniable sur Brice qui est calmement installé et réceptif à ces stimulations. Nous passons également une balle à picots sur son corps pour effectuer des stimulations tactiles sur ses jambes et favoriser le sentiment d'enveloppe. Brice semble montrer ses pieds ainsi que ses mains. Nous interprétons ceci comme une recherche active de contact tactile. Par ailleurs, nous nous lançons des balles qui s'allument lorsqu'elles sont en mouvement, associant ainsi un phénomène de « cause à effet » explicite dans ce jeu. Mais à chaque réception de balle, Brice reprend son rituel en jetant celle-ci en arrière. La question se pose alors de savoir si cette proposition détourne son rituel : ces échanges de balle parviennent-ils à insérer de la relation, ou encouragent-ils au contraire cette stéréotypie, puisqu'il répète son mouvement malgré tout dans ce cycle ?

Durant la séance, la sensibilité de Brice aux afférences, ses difficultés à porter son attention sur une stimulation ainsi que sa fatigabilité concourent à son recrutement tonique très fluctuant en tout ou rien. Les stimulations proposées engagent à maintenir son attrait et le solliciter pour renouer le lien interrompu. Nous sommes à l'initiative des changements de sources sensorielles en fonction de ce que Brice manifeste mais il présente néanmoins des passages très furtifs où il est acteur.

Très active, Caroline accompagne les angoisses de Brice dès leur manifestation et je n'ai ainsi presque pas l'occasion ni le temps d'être déconcertée. J'interviens en reprenant ce que j'observe des initiatives de ma maitre de stage. Elle me fournit ces explications au fur et à mesure et m'effectue un retour après la séance. Je me sens guidée et j'assimile ces informations intéressantes qui facilitent la compréhension du contenu de la séance tout en mettant mes connaissances sur la sensorimotricité d'A. Bullinger en pratique. Cette deuxième rencontre est clairement optimiste : mon contre-transfert est positif et la présence de Caroline qui gère cette séance snoezelen offre un cadre contenant qui favorise des instants de rencontre avec Brice. Si bien que cette séance me semble nettement moins traumatisante que la première. Serais-je déjà en train de me familiariser avec le fonctionnement de Brice ?

Néanmoins cet espoir un peu hâtif est de courte durée puisqu'il s'interrompt dès la séance suivante.

La 1^{ère} rencontre avec Brice étant « marquante » et la 2^e étant plutôt mieux vécue, j'espère alors attribuer le choc éprouvé à son appareillage. C'est du moins avec cet état d'esprit que j'appréhende la 3^e rencontre, mais je comprends vite que cette difficulté dépasse l'aspect matériel.

1. Sidération massive et cadre interne chaotique : rencontre en tension

La salle Snoezelen n'étant pas disponible sur ce créneau horaire, les séances décrites ici se déroulent au tapis en salle de psychomotricité avec ma maitre de stage. Elle m'intègre spontanément dans les séances mais ma présence s'apparente plus à celle d'observatrice que de stagiaire actrice.

a. Sidération psychique, physique et verbale

Dans ce flou initial, une chose est certaine, je ne comprends pas le sens des mouvements de Brice (ses balancements, ses jets d'objets en arrière...), ses cris imprévisibles me surprennent et me rendent démunie. Le fait de ne pas saisir ce qu'il veut exprimer renvoie un sentiment d'incapacité et d'impuissance qui est violent au début. Je ne sais pas comment rebondir face à ces réactions, ce qui est étroitement lié à mon état de sidération, de ralentissement tant psychique que psychomoteur, qui contraste avec l'état d'alerte que mon corps manifeste intérieurement. En effet, je guette la moindre manifestation qui soit à repérer afin de réagir adéquatement, dans un qui-vive pour faire des liens avec mes cours sur la théorie sensori-motrice d'A. Bullinger notamment. J'appréhende de ne pas adopter

d'attitude ajustée, de mal faire tant mes codes de rencontre sont bouleversés. Plus rien ne me semble naturel ni spontané et tout devient objet de contrôle dans ces balbutiements relationnels. Pourtant à l'affût des moindres réactions de Brice, cette vigilance n'est pas efficace. En effet, je suis submergée par des ressentis toniques, sensoriels et affectifs que je ne parviens pas à mentaliser et élaborer. Par un effet miroir, mon fonctionnement pourrait traduire celui de Brice, comme s'il y avait un aspect « contagieux » inconscient. Ce décalage provoque une forte frustration: je me sens prostrée alors que je souhaiterais être dynamique. Le fossé est également palpable entre ce que je voudrais ressentir face à mon patient, lui renvoyer idéalement en tant que future professionnelle, et ce que mon attitude reflète concrètement.

Et je suis un peu honteuse de cette passivité.

Je reconnais ces ressentis déstabilisants indéniables mais ne les admet pas complètement, m'auto-persuadant que cela ira mieux la prochaine fois. « Cela DOIT bien se passer » car il ne peut pas en être autrement en tant qu'agent d'une relation d'aide. Je guette alors un élément déclencheur dans cette relation. Mais les séances suivantes s'avèrent décevantes quant à cette attente précise. Ma capacité d'accueil psycho-corporelle étant entravée par la sidération, j'ai des difficultés à me laisser surprendre par les émergences de Brice. Il ne paraît pas remarquer ma présence et j'ai l'impression d'être transparente à ses yeux.

Je ressens également comme une appréhension à l'approche des séances avec Brice, car j'anticipe mon inertie et mes réactions un peu pataudes. Ma crispation trahit mon malaise car je me sens toute figée, les épaules contractées, ce qui freine le dialogue tonico-émotionnel si vital en psychomotricité. Ce canal comporte en effet des aspects immédiats et abrupts avec lesquels il est dur de mentir. Peu camouflable, Brice reçoit ainsi tout mon tonus de plein fouet. La triangulation avec ma maitre de stage permet, entre autres intérêts, de diluer mes tensions. Il perçoit donc sûrement des éléments moins violents car atténués par la co-présence de Caroline.

Dans l'alliance thérapeutique, l'espoir de rencontre est indispensable pour envisager l'évolution optimiste de tout patient. Néanmoins, cette auto-conviction ne doit pas être figeante, au risque d'ajouter une pression supplémentaire (des tensions musculaires dans mon corps...), de redoubler de contrôle sur le moindre élément, nuisant ainsi à ma disponibilité.

Durant ces premières séances, prendre des notes est très difficile tant leur déroulement me semble découpé : des bribes de séances me reviennent de façon décousue, je note des mots-clés et expressions désordonnées mais le fil directeur de cette rencontre est complexe.

b. Rencontre médiatisée : la triangulation, un vécu par procuration ?

Devant les rares contacts visuels et sourires, il est donc fondamental de trouver d'autres moyens relationnels (vibrations, toucher).

Les séances se déroulant sur le tapis, ma maitre de stage présente diverses situations d'exploration autour des stimulations basales, telles que des comptines, des balancements, des percussions, etc.

La comptine « bateau sur l'eau » a notamment été introduite comme signal de rencontre au cours des séances précédant les vacances d'été. Associée à des balancements, cette mélodie qui a une valeur particulière semble apaiser Brice spontanément. Dans ces instants de collage, il semble reconnaître et identifier sa voix. Il est attentif, serein et un lien apparaît établi entre eux. Brice s'empare même parfois des cheveux de Caroline, et les tire vers lui comme pour se les accaparer et se coller davantage. L'image d'une mère berçant son enfant me survient durant ces moments dont je suis extérieure. J'ai l'impression d'être l'observatrice intrusive d'une relation privilégiée, fusionnelle et archaïque, où le corps à corps est support d'échanges. N'étant pas une interlocutrice active, je ressens alors un sentiment de solitude et éprouve des difficultés à trouver ma place. Je crains notamment d'être perturbatrice en chantant également « bateau sur l'eau ». La question d'être dystimulante est rapidement apaisée par Caroline, mon intervention vocale étant cohérente et coordonnée avec la sienne. Je trouve alors là un moyen opportun d'être à ma place tout en étant insérée dans la boucle.

L'émergence de soi étant très fragile chez Brice, la perception d'autrui en situation duelle est donc difficile, ce qui complique d'autant plus la triangulation et majore mon vécu.

Elle lui offre aussi des jeux de pressions en serrant fortement le buste de Brice et alterne avec des relâchements. Ce contraste de contractions provoque des réactions faciales et des sourires chez Brice qui semble apprécier ce sentiment de contenance procuré. Il semble même interpeler Caroline par des contacts visuels, comme pour initier de nouveau cette boucle. Et elle module cette proposition en ajoutant des vibrations qui favorisent le sentiment de solidité et d'unité corporelles. Ma maitre de stage propose également un contact par des pressions alternées entre leurs mains, au cours duquel elle me transmet ressentir un réel tour de rôle et une communication. Même s'il est indirect, je me réjouis de cet échange. Procédant par imitation, j'essaie parfois à mon tour d'introduire un lien en exerçant des pressions dans la main gauche de Brice, durant la séance, les transitions dans l'ascenseur, ou encore à l'arrivée dans l'atelier éducatif. Mais je suis alors déçue et frustrée de ne pas obtenir de réaction musculaire, ne percevant souvent que sa paume « molle » en retour...

c. Cadre propre déstabilisé mais contenu par cadre externe et Caroline

La question du cadre se pose très rapidement. En effet, Brice est décrit comme allant bien et se manifestant peu par le personnel éducatif et soignant. Durant cette période, l'équipe repère néanmoins que Brice porte beaucoup sa main à la bouche, allant parfois même jusqu'à vomir. Or, cette stimulation orale excessive n'est pas présente en séance de psychomotricité. Brice porte les objets à la bouche pour s'auto-stimuler de façon modérée et Caroline guide leur exploration au travers d'objets

durs. Ainsi, le passage d'une fourchette de poupée ou d'un anneau à pics permet de stimuler la sphère orale. Cette variation radicale d'observation en fonction du contexte me déstabilise un peu. Surtout que je suis souvent marquée par le fossé entre les potentialités de Brice révélées en séance avec ma maitre de stage et son comportement éteint, replié que je perçois en dehors, dans le hall, la salle éducative ou ce que j'entrevois dans la salle à manger. Si le fonctionnement de Brice m'échappe encore, l'aménagement du cadre influence indiscutablement l'expression de ses conduites communicatives débutantes. Un espace qui offre des modalités sensorielles archaïques, des stimulations dosées est donc nécessaire à l'émergence d'une relation privilégiée qui permette la rencontre.

Tout au long de cette période, les explications de Caroline sont appréciées pour me guider, en fournissant un partage, une mise en sens, une complémentarité des regards et des vécus qui sont enrichissants. Sa présence permet de garder une ligne directrice et un objectif malgré les difficultés. Le contact étant très furtif, il convient de s'adapter rapidement pour solliciter l'attention de Brice et cette réactivité s'acquiert avec l'expérience. Je manque encore clairement de flexibilité, ceci étant d'autant plus amplifié par ma sidération et mes tensions.

Durant cette phase, je « grave » un peu autour de Caroline et Brice pour obtenir le point de vue qui me permet de recueillir le maximum d'informations précieuses sur les interactions (regards, sourires, expressions faciales de Brice, ses réactions musculaires...) Certains éléments sont perceptibles extérieurement, d'autres sont plus discrets et nécessitent que ma maitre de stage me communique ce qu'il se passe.

Caroline est en fait le pilier central qui me relie à Brice, si bien que je n'ose pas aller le chercher seule si je suis arrivée avant elle. Je redoute d'être maladroite et désemparée dans ce contact en tête à tête. Le vécu d'un petit enfant inaccessible est encore bien présent...

Et progressivement...

Progressivement, ces observations de relation très maternelle entre Caroline et Brice, comme son bercement lorsqu'il est couché en enroulement, s'alternent avec des temps en binôme avec lui. Ces occasions de mieux le connaître s'intercalent et se multiplient. Il s'opère ainsi comme une inter-subjectivité transitoire dans ces rencontres intermittentes.

Dans ces débuts interactifs, chantonner bateau sur l'eau est un repère central qui donne une enveloppe sonore rassurante pour Brice comme pour moi. Je suis en face de lui, Brice sait alors localiser la source de ma voix et me regarde.

Je n'observe à cet instant là aucune angoisse de vide ou stéréotypie, alors que nous ne sommes pas dans un collage et qu'une légère distance nous sépare. Ceci prouve que cette mélodie peut le contenir, sans forcément de fusion. Brice réagit à des propositions externes en ma provenance, induisant une reconnaissance mutuelle. Et des regards adaptés, des sourires appropriés à la situation sont des signaux

communicatifs appréciés, qu'ils me soient adressés directement ou non. Il y a de réelles esquisses relationnelles et les synchronisations se font toujours autour d'un rythme, d'une mélodie ou d'une vibration.

Je peux alors avoir des élans d'aisance, qui sont rapidement estompés dès que j'entrevois son début de balancement en gémissant. Je me sens brusquement démunie et ne comprends pas la raison « apparente » de sa stéréotypie. Avec le recul, il est possible qu'une courte pause dans la mélodie soit à l'origine de cette angoisse de vide ? Une autre fois encore, Caroline s'absentant pour répondre au téléphone, je perçois le début de panique de Brice que je cherche à atténuer avec cette mélodie. Seulement, ma voix ne l'interpelle même pas et se révèle inefficace.

Ces angoisses peuvent surgir de façon impromptue et récurrente au sein d'une même séance. Comme ce jour là, tout d'abord dans le couloir, et ce donc malgré les stimulations vestibulaires provoquées par ce déplacement. Sa détresse est communicative et je suis toujours aussi démunie dans mes réactions. Enfermé dans sa stéréotypie, Brice balance son tronc d'avant en arrière dans son fauteuil. Je tente un contact ou une pression sur le dos ou sur le ventre mais ces initiatives pour fournir un appui contenant et apaisant sont inefficaces. Il m'exprimerait nettement la recherche d'un arrière-fond stable, solide et dur à laquelle je dois répondre en offrant de telles sensations, comme taper sur un objet dur, sur des zones de mon corps où les os sont ressentis comme la paume de ma main par exemple. Au cours de la séance, lorsqu'il se balance sur le tapis, je m'installe derrière lui. Je recherche un moyen de procurer un appui-dos dur et sécurisant mais ne parviens pas à trouver une posture contenant : mes essais en posant les deux mains sur ses omoplates ou sur son occiput sont insuffisants. Dans une attitude cyphotique, Brice se balance en effet avec force contre moi, en recherche de sensations dures. La toupie s'avère alors être le support l'aidant le plus. Elle lui fournit un large appui-dos solide, permet son enroulement et associe des stimulations vestibulaires et vibratoires. Malgré ces sensations contenantées apportées, leur intégration demeure fragile : la sortie de la toupie s'accompagne de déséquilibres qui angoissent vivement Brice, traduisant ainsi ses vécus de chute. Je le prends dans mes bras pour l'aider à se rassembler en effectuant des balancements de gauche à droite, ce qui l'apaise. Dans cet instant en corps à corps, Brice cherche à toucher mes cheveux et ma tête derrière lui, comme je l'observe souvent faire avec Caroline.

A ce moment-là de ma rencontre avec Brice, je m'interroge sur son jet répétitif d'objets en arrière: tenterait-il alors de se représenter ses angoisses de chute? Dans des prémices de symbolisation, il n'utiliserait pas son propre corps directement mais médiatiserait son vécu par un objet, cette figuration étant positive. Ou montre-t-il son dos, soulignant cette recherche d'un appui-dos contenant ? Toutefois, la question d'avoir de fausses interprétations qui soient biaisées par nos propres projections est toujours prégnante. Petit à petit, Brice ne lâche plus l'objet mais suspend son bras gauche tendu en l'air tout en émettant des marmonnements saccadés. Trouvant que ce nouveau rituel s'y prête bien, nous l'appelons le mouvement du « rappeur » Cet élément témoignerait d'une diversification de ses

explorations vocales et les secousses l'accompagnant lui fourniraient des vibrations internes contenantes ? Cette manifestation est régulièrement amorcée par Brice en séance et sert de support au groupe vibration notamment.

Durant cette période, mes observations valident ses acquisitions telles que la permanence de l'objet, Brice étant capable de retrouver un objet déplacé hors de sa vue. En revanche, si l'objet est placé hors de sa portée, il le repère mais ne s'organise pas pour se déplacer vers celui-ci. Comme s'il avait intégré la permanence de l'objet mais pas la permanence des moyens sensori-moteurs pour le chercher ? Ou alors, l'objet ne l'intéressant pas, Brice n'éprouve aucune envie de se déplacer pour l'explorer. Cette hétérogénéité me trouble en tout cas.

Je cherche préférentiellement à ce qu'il découvre des bruits différents malgré son répertoire gestuel pauvre afin qu'il expérimente divers effets de ses gestes, comme gratter ou taper sur le paillason, travaillant ainsi autour de la modalité tactile. Avec mon étayage, lui faire expérimenter une palette variée de sensations favorise l'intégration de premières représentations.

Concernant les flux visuels, je note que ces sensations alertent peu Brice : s'il est captivé par la lumière provenant de la fenêtre, fermer le rideau ne crée pas de réaction par exemple. Et il n'entreprend aucun moyen d'exploration pour découvrir ce stimulus. Comme Brice me montre un attrait particulier pour les stimulations auditives dont il localise la source et s'oriente vers celle-ci en se tournant, ce canal est donc à privilégier en séance.

Malgré mon sentiment d'avancer dans ma lecture du fonctionnement psychomoteur de Brice, je reste déroutée par la labilité de sa disponibilité, fluctuation majorée par son état de fatigue ou un rhume. Il peut ainsi être très disponible une séance, mais celle suivante peut se révéler extrêmement compliquée, avec des vécus d'absences où il est dans sa bulle. Aucun sourire ou regard n'est manifesté.

Je vis alors les difficultés à trouver des points d'accroches pour susciter son attention.

Je m'aperçois que je commente ces instants en tête à tête dans leurs aspects pratiques, vis-à-vis du matériel, de ce que l'on fait par exemple. Ce bain sonore semble me rassurer et me donner une contenance. En revanche, je verbalise très peu sur mes difficultés et mes ressentis qui sont pourtant prégnants. Bien que cela soit indispensable, je n'ai pas encore ce « réflexe ». Ou est-ce la sidération qui court-circuite ces élaborations ?

2. Cadre chancelant mais en construction : un peu de patience...

Je deviens ici plus participative mais reste un peu déboussolée. En effet les crises d'épilepsie nocturnes réapparaissent et rendent Brice très vulnérable. Les suivis sont difficiles, il est somnolent la journée et peut même s'endormir en séance. Dans un ajustement complet, il s'agit alors de lui proposer des stimulations passives, mixtes ou plus actives selon sa disponibilité. Initialement établie comme

repère de rencontre, la comptine « bateau sur l'eau » s'avère souvent être la seule voie de partages dans ce contexte. La situation de Brice continue ainsi de questionner le cadre thérapeutique.

a. Avancer « doucement mais sûrement ».... mais la sidération guette

Fin novembre survient une séance déterminante dans l'accompagnement de Brice. En effet, il est prévu que Caroline soit absente et que je réalise ma première séance seule avec lui. J'appréhende ce tournant pour lequel ma maitre de stage me rassure pourtant et me fournit des conseils. Malgré cette peur, je sais que cette situation duelle et inédite sera très intéressante.

A mon arrivée, je suis extrêmement surprise de voir que Brice me sourit lorsque je me présente en face de lui pour venir le chercher. J'interprète ceci comme étant un signe de reconnaissance. Ou est-ce une coïncidence ? En tout cas cette expression me donne un sentiment d'existence et m'accorde une place que je n'ai pas jusqu'alors. Nécessairement prudente, cette interprétation est essentielle pour me soutenir. Cette rencontre débute ainsi sur une note positive qui me donne confiance pour la séance ainsi que pour la suite.

Ce jour là, je reprends les propositions présentées dans les expérimentations sensori-motrices précédentes : la fourchette pour gratter le paillason, un papier vert bruyant pour jouer au caché/coucou. J'utilise également des grelots dont la sonorité interpelle beaucoup son attention : il localise cette source et se déplace pour s'en emparer, comme j'ai pu l'observer d'habitude. Une fois cachés dans une boîte, leur sonorité alerte Brice qui se recrute toniquement mais n'entreprend aucun déplacement pour les rechercher. Ce changement de sonorité ne semble pas l'intriguer et il ne cherche pas à localiser sa provenance. Au-delà du son des grelots, l'association de leur vision serait nécessaire ? Leur brillance et leurs reflets seraient des stimulations indispensables favorisant l'attrait pour ces objets.

En ressortant ces clochettes de la boîte, je parviens de nouveau à attirer son attention. Une fois cette cible camouflée à une petite distance, il se déplace vers cet objet. Mais il est très distractible et une balle qui a été précédemment utilisée fait diversion sur son passage, l'interrompant dans son entreprise. Cet élément devient alors sa source d'intérêt, ce qui fausse mes observations concernant la poursuite de son objectif. Notant ainsi mes erreurs pour l'avenir, je veille particulièrement à l'organisation spatiale des éléments destinés à la séance, en les camouflant au fur et à mesure.

Je lui présente alors directement les grelots qui sont investis par une modalité sensorielle uniquement, dans une stéréotypie: Une fois jeté en arrière, il retourne le chercher, (soulignant malgré tout la permanence de l'objet acquise) et recommence. Ce geste lui permettrait d'explorer de nouveau la chute. Je cherche alors à varier l'effet de cette dernière, en faisant tomber l'objet par terre ou dans une boîte par exemple, modifiant ainsi les sensations auditives.

Il utilise également cet objet dans une autre forme d'agrippement, visuel et sonore : couché sur le dos, Brice le fixe en le faisant pivoter dans sa main gauche, le bras étendu en haut de sa tête. Hermétique aux autres stimulations, il est alors inatteignable, et trouver un moyen d'intégrer de la relation dans cet enfermement est très complexe. Les divers flux sensoriels présentés sont vains et je peine à l'en sortir. Ma tentative de contacts par pressions alternées, ou le rythme des percussions n'a pas d'effet visible avec moi. Le murmure de notre chère comptine et la brève reprise du rythme de rappeur sont les points de rencontre ayant sauvé la séance. Brice s'oriente alors vers moi et semble réellement tenir compte de ma voix. Commencerait-il à la reconnaître ? Brice étant fatigué et me sentant moi-même lessivée par cette énergie mobilisée, je décide d'écourter légèrement la séance. Ce début de relation reste fragile mais encourageant.

b. Dualisation et prémices relationnelles : partages vrais.....mais fluctuantes

Au cours des séances suivantes, la comptine « Bateau sur l'eau » représente un repère auditif, vestibulaire et vibratoire qui rassure Brice dans ses vécus d'angoisses. Ce rituel est même régulièrement initié par Brice qui fredonne cet air spontanément. Il me regarde parfois comme pour me signifier « encore » et rit en anticipant le changement de mélodie du milieu de comptine. Cette base accompagne également les propositions dans la toupie, qui est également médiatrice de stimulations vestibulaires. Source de partage, cet initial « signal de rencontre » en psychomotricité est dérivé en chantant, marmonnant, en nous balançant, ce qui le diversifie progressivement.

Progressivement, Brice semble s'en détacher et me propose d'autres rythmes acoustico-vibrants tels que celui dit « du rappeur » (pour son caractère cadencé), puis se tourne vers celui de « joyeux anniversaire ». Je reprends ces airs quand il les esquisse et ces éléments peuvent servir de supports d'échanges, même si ces instants sont brefs. En discutant avec les autres membres de l'équipe, l'attrait de Brice pour ces rythmes se confirme. Quel que soit l'espace, ces manifestations sont des bases de rencontre avec son entourage, étant notamment à l'origine de rires dans une réunion de famille. Ces sensations vocales et vibratoires procurées fourniraient à Brice un sentiment continu d'exister et une contenance. Il nous montrerait également sa tentative pour les nuancer et les enrichir. Le travail sur l'oralité engagé participerait-il à cette évolution ? Au fil de ces modulations apportées, bateau sur l'eau reste tout de même le point d'ancrage irremplaçable.

Au cours de l'accompagnement, les objets qui lui sont présentés évoluent, tels que des boîtes en fer qui s'ouvrent (pouvant servir de contenant ou d'instrument de musique), des bâton-plumeaux afin d'observer l'évolution de leur exploration. Ces éléments sont repris d'une fois sur l'autre sur une durée de quelques séances pour garantir une stabilité et continuité des séances suffisantes. Cette répétition suffisante vise une habitude afin que Brice puisse extraire des invariants et intégrer des repères, toujours dans l'idée de soutenir ses représentations.

Je note que le lien de causalité se construit pour Brice qui peut intégrer l'effet spatial de son geste dont la conséquence est visible : il peut ainsi tirer sur un drap qui recouvre la toupie par exemple, avec une réelle intention de la retrouver pour la saisir.

Au sujet de ce lien de cause à effet, évoquer le jeu des « canards » est intéressant ici. Ce jeu représente une mare où l'on peut déposer des canards en cercle. Actionner le bouton central allume le mécanisme qui met le support en mouvement et fait tourner ces éléments. Brice semble intégrer les conséquences de son geste, appuie sur le bouton de lui-même dans une démarche semblant volontaire. Et ces observations sont confirmées par les séances suivantes. J'utilise également ce jeu pour ses vibrations, sur ses mains, son ventre, sa tête... Mais il n'adhère pas aux autres moyens de l'explorer, tels que poser ses doigts ou sa main sur le support tournant. Ainsi, la manipulation de jeu qui lui est présenté à plusieurs reprises n'évolue pas. Son attention s'échappe vite et il devient indifférent à cette activité au bout de quelques minutes, reprenant les canards isolément dans une manipulation répétitive. Cette lassitude peut traduire une habitude de Brice face à la conséquence de ce geste d'appuyer. Ne parvenant pas à découvrir autrement ce jouet, l'attrait pour ce dernier n'est pas renouvelé. Des grelots aux canards, l'exploration reste obstinément unimodale et peu riche. Le défaut de représentation qui en découle me questionne sur son rapport à l'objet, en est-il là ? Face à cette interrogation, ces propositions n'ont de sens que si le travail basal reste prioritaire.

Je focalise alors mon attention autour de l'exploration qu'a Brice de son corps propre. Je note que Brice investit plus le haut que le bas de son corps au fil de nos entrevues. Multiplier les afférences sensorielles au niveau de ses pieds, comme les cacher avec un tissu, les frotter avec un papier bruyant ou insérer ce dernier entre sa voute plantaire et son orthèse, ou encore proposer des percussions sur ses attelles, ne suscite pas de réaction nette ni de moyen d'exploration vers cette zone corporelle. En revanche, il réagit au moindre élément posé sur sa tête et l'enlève spontanément. Ce contraste d'investissement pourrait souligner un clivage horizontal ? En effet, Brice mobilise peu ses membres inférieurs dans sa motricité globale : ces derniers sont peu actifs lors de son déplacement en sirène, il présente peu de mouvements de pédalage. En revanche, ses membres supérieurs sont davantage sollicités, participant pour ramper, se tracter sur son avant-bras gauche notamment. Lors d'un jeu, je cache une balle sous son T-shirt au niveau de son ventre. Brice comprend la situation et émet une stratégie pour l'enlever. Etant très distractible, il interrompt rapidement son entreprise en cours de route. Dans cette planification de geste, j'interviens avec de légers appuis et mouvements sur cette balle afin de lui fournir de nouvelles informations somesthésiques. Ceci lui rappelle la présence de cet élément qu'il finit par ressortir tout seul. Ce supplément sensoriel a donc de l'effet sur le haut de son corps, alors que multiplier ces informations au niveau de ces pieds le laisse indifférent. La différence d'investissement entre le haut et le bas est donc assez franche.

Le contact de Brice qui se régule de façon on/off et sans intermédiaire m'interpelle également. Cela nécessite d'adapter le dispositif avec réactivité à son état d'éveil, tout en gardant le même objectif.

Afin de travailler autour des enveloppes corporelles, les jeux d'exploration du dedans-dehors avec des boîtes sont ainsi réorientés vers des stimulations somesthésiques au travers de vibrations, percussions ainsi que de balles (aux structures variées lisse et granuleuse) passées sur son corps lorsqu'il s'enroule sur le côté sur le tapis. Brice semble apprécier ce moment contenant, ses paupières étant mi-closes et sa respiration étant apaisée. Doser entre hypo- et hyper-stimulations est alors un enjeu délicat car il s'agit de maintenir un seuil d'éveil sans basculer dans l'endormissement.

Cette labilité de vigilance se manifeste massivement au niveau postural, Brice me semblant souvent flétri sur le tapis.

Les semaines passant et selon la qualité de la nuit précédant la séance, je peux alors être agréablement surprise d'observer Brice adopter une station assise très stable, maintenant son axe droit et ses mains étant libérées. Sa tête est alors relevée et son regard est disponible pour explorer. Il ne présente pas de balancement, l'appui-dos ne semble alors presque pas être un ancrage indispensable à sa contenance. Cette vision contraste tellement avec les séances où Brice est hypotonique, désorganisé et couché sur le tapis que j'ai presque oublié cette capacité posturale. La fatigue suffit-elle à expliquer ces variations ? Cet effondrement tonique traduirait-il ses angoisses de liquéfaction et ses angoisses d'effondrement ?

A cette période, la rencontre peut alors encore être médiatisée au travers de Caroline.

Certaines séances restent ainsi difficiles, Brice est endormi, comme ailleurs. Je ressens de nouveau cette sidération psychomotrice : ma pensée semble court-circuitée, mes propositions sont appropriées mais n'aboutissant pas jusqu'au bout. Mes entreprises sont donc encore désorganisées par une sidération toujours en fond. Ma crainte qu'il ne s'enferme est tellement présente que je déjoue un moment où il s'intéresse à une stimulation en partant sur autre chose. Il convient d'éviter qu'il ne s'agrippe certes, mais de laisser l'accroche sur l'objet en y intégrant de la relation.

Des impressions de répétition, de cycle redondant... et de découragement peuvent alors survenir : Est-ce que j'arriverais à le rencontrer autrement que par ces biais ? Trouverons-nous une autre aire archaïque ensemble ?

Durant cette phase, la question de réaménager le cadre des séances se pose alors. Brice étant plus éveillé en fauteuil, est-il souhaitable de l'en sortir alors que nous peinons à le stimuler et qu'il s'endort sur le tapis ? Avec son équipement spécifique, la salle Snoezelen ne serait-elle pas à privilégier pour favoriser son bien-être ?

Malgré toutes ces difficultés, chaque émergence est vécue comme un trésor. En effet, Brice offre toujours une occasion de rencontre, qu'elle soit furtive (quelques secondes), ou inespérée (survenant à la fin de la séance, de retour à la salle éducative). Même courte, cette manifestation par un regard, un sourire, une pression dans la paume, ou l'air marmonné de joyeux anniversaire est précieuse. Aussi, le fait d'avoir au moins amorcé cet échange, initié cette tentative me réconforte. Brice reste ensuite libre de s'en saisir ou non. J'apprends progressivement à davantage théâtraliser les séances en modulant l'intonation de ma voix pour attirer l'attention de Brice, même si le résultat est furtif. Ma sidération verbale évolue doucement.

Dans ce processus d'acceptation, lâcher-prise sur ce que Brice peut amener dans cet espace-temps donné atténue mes déceptions et m'aide à avancer.

c. Ancrages et appuis pour un cadre porteur ?

La sidération se faisant moins sentir (du moins avant la séance), je comprends que je peux trouver des appuis pour faciliter la rencontre avec Brice. L'environnement de la salle, le matériel peuvent venir pallier à certaines fonctions que je cherche à occuper afin de me sentir plus disponible et libre dans ma gestualité. Mes capacités d'accueil et de sollicitations en seront sûrement renforcées. En clarifiant le cadre externe, je structure également mes pensées et suis convaincue que cela maximise les chances de le rencontrer durant la séance.

Evidemment, chacune d'elles se révèle être une surprise jamais complètement prédictible.

La recherche de l'appui-dos adapté et contenant qui rende Brice le mieux disponible est prioritaire dans cette phase. Il m'apparaît en effet indispensable de concilier l'appui-dos contenant et les interactions visuelles. Jusqu'alors, je m'installe derrière lui mais ne perçois pas ses mimiques et expressions faciales. L'installation devant le grand miroir me semble moins efficace pour le solliciter, puisque le lien visuel est indirect. J'essaie également une séance avec le petit miroir dans la main : si ce médiateur me permet d'observer Brice alors que je suis derrière lui, je notais néanmoins une utilisation « stérile ». En effet, il tourne son regard et sa tête vers la gauche, sa joue droite se rapprochant ainsi de la glace de façon stéréotypée.

Je procède un peu par essais-erreurs en observant comment il réagit selon les qualités de chacun des appuis offerts. Je projette mes hypothèses : Etant en mousse, l'un est trop mou et également trop haut, sa courbure est trop marquée et Brice n'apprécie pas ses bords fermés qui se rabattent trop. Se sentant oppressé, il refuse cette installation dont il ressort en rampant sur son côté gauche.

La quête d'un appui-dos idéal s'avère donc longue. Dur et pas trop haut, contenant, le meilleur compromis est le pont jaune. Brice semble l'apprécier car il reste installé au milieu. Ce pont offre également la possibilité de poser des objets sur ses côtés. Cette installation qui sollicite des torsions et des explorations à gauche et à droite est alors l'occasion d'observer son organisation, la façon dont

il investit l'espace du buste. Face aux flux sensoriels placés à droite, il s'oriente avec sa propre méthode, en se tournant plusieurs fois sur lui-même vers la gauche en vue de le localiser. S'il n'emploie pas forcément les moyens les plus économiques pour y parvenir, Brice nous montre ses ressources stratégiques pour adapter son organisation motrice.

L'utilisation du pont me semble alors pertinente. Ainsi, après quelques séances, j'anticipe davantage l'aménagement de la salle. J'installe sur le tapis le pont et dépose des objets clés pour stabiliser cet environnement. L'appui de l'espace me donne ainsi une contenance interne.

3. Rencontre plus sereine et cadre contenant

Les crises d'épilepsie nocturnes s'estompant à cette période, Brice est moins fatigué et plus disponible la journée. Néanmoins, sa labilité de vigilance de Brice reste prégnante et nécessite de doser finement les stimulations basales contenant qui lui sont procurées. Le cadre de son accompagnement se redessine ici, impliquant un espace aménagé avec un matériel spécifique. Les séances décrites ensuite se déroulent dans la salle snoezelen qui est particulièrement appropriée, dès que celle-ci est libre sur ce créneau-là. Lorsque cet espace est indisponible du fait des contraintes d'emplois du temps, nous alternons alors avec la salle classique. Petit à petit, les discussions avec les professionnels qui l'occupent sur cet horaire-là permettent d'uniformiser ce réaménagement de cadre.

a. A ma place

J'expérimente donc de nouveau des séances en salle snoezelen, comme ma 2^e rencontre avec Brice notamment. Seulement, mon positionnement a bien changé entre temps. En effet, je me sens exister et bien présente : je me sens mieux ancrée, du fait de meilleures bases théoriques. Riche de ces appuis, le temps pris pour le rencontrer et tenter de le comprendre me rend également plus confiante. A la différence de la situation initiale, je me sens intégrée dans cette boucle triangulaire. Notamment fin mars, à notre arrivée dans le hall, Brice est en train de se balancer sur le tapis mais il localise et repère nos voix. Cette stimulation vocale connue semble l'apaiser. Progressivement, il semble reconnaître et identifier ma voix, en présence d'autres personnes et pas uniquement en situation duelle, puisqu'il vient chercher ma main avec la sienne alors que nous discutons avec un membre de l'équipe à proximité de lui. Ceci montrerait une habitude aux éléments réguliers du cadre, ainsi qu'une discrimination de ces repères parmi des « distracteurs », soulignant ses capacités de représentation. Cette intégration aiderait également à lui apporter un vécu de sécurité et de bien-être. Contribuant à son évolution positive, le maintien de ces repères pourrait s'ouvrir sur d'autres au fil son accompagnement.

b. Triangulation et vécu direct

Ces séances s'accompagnent d'une coordination plus fluide avec ma maitre de stage, l'une intervenant alors que l'autre s'éclipse. Les interactions duelles s'alternent plus spontanément. Ma sidération peut ressurgir mais est supplée par l'intervention de ma maitre de stage.

c. Cadre consistant

Confirmant les hypothèses et observations précédentes, les angoisses de chutes paraissent encore présentes durant cette période. Néanmoins Brice semble désormais capable de se rassembler pour se rétablir, de façon plus ou moins étayée.

Lors d'une séance en salle Snoezelen, Brice s'assied sur le matelas à eau où il est installé mais ne semble pas très bien positionné. Caroline arrive alors derrière lui afin de lui offrir une installation plus contenante. Sa venue provoque des ondulations du matelas et des déséquilibres qui angoissent Brice. Il s'accroche alors à elle. Plusieurs échanges vibratoires et rythmiques avec la voix et des variations de pressions du buste l'aident à se ressaisir.

La salle Snoezelen alternant avec la salle classique, cela est également mis au travail lors d'une activité dans la toupie où Brice s'organise pour aller dedans, en sortir avec notre aide et est actif dans ces déplacements.

Ressentant de légères déstabilisations, il manifeste des angoisses de chute une fois assis à l'intérieur mais ces dernières s'atténuent immédiatement quand je l'accompagne pour s'allonger. Il s'enroule spontanément en position fœtale, portant ses mains à la bouche sans auto-agrippement pour autant. Il me signale presque un état de détente, qui se prolonge dans une posture en « position plage », avec le pied qui se croise sur l'autre et me fait rire. Sa capacité à se réunifier est très positive. Il s'apaise davantage encore avec mes chants et la couverture qui recouvre l'armature de la toupie comme une cabane, lui fournissant un espace protecteur. Ayant constaté qu'il en était capable précédemment, je l'incite à tirer sur le tissu en lui soumettant un coin du drap replié et accessible. Mais Brice n'est pas du tout disponible et préfère cette dimension contenante. Lors de cette séance, j'effectue même quelques tours de rôle avec des frappes contre la toupie, où il se montre capable de reproduire le même nombre de battements. Ces rythmes qui sont engagés sur un support dur lui apportent des vibrations, une résonance interne qu'il apprécie et nous permettent de réels échanges.

Je note une autre fois encore qu'il parvient à s'ajuster aux légers déséquilibres provoqués dans cette même médiation. Son adaptation posturale soulignerait une progression dans son axialité et que son arrière-fond dos s'intégrerait progressivement, réduisant ainsi ses vécus de chute.

La mise au travail de ce vécu se fait également au travers de billes tombant dans la toupie, diversifiant ainsi ses modalités. Brice réagit au son de la chute de ces dernières sur ce support, et s'organise pour

aller les chercher. Son déplacement vers cet espace qui est source de déséquilibres montre que ses appréhensions de chute s'atténuent. Il adopte même une préhension fine pour en attraper plusieurs à la fois, témoignant d'une amélioration de ses émergences praxiques.

Et il progresserait dans la mise en représentation de son angoisse. J'observe en effet une situation inédite dans le hall en avril : depuis son fauteuil roulant, Brice fait tomber un objet sur le sol puis le regarde. Loin d'être stéréotypé, ce geste semble organisé, comme s'il recherchait vraiment cet effet. Observe-t-il la conséquence de la chute sur cet objet, affinant ainsi la symbolisation de son vécu interne ?

De manière générale, ces positions de rassemblement de plus en plus fréquentes lui permettent de réinvestir son hémicorps droit et de ressentir son unité corporelle.

Au début d'une séance Snoezelen suivante, Brice qui est installé sur le matelas se tourne et s'allonge sur le côté droit, ce qui lui procure des vibrations dans cet hémicorps sous-investi. Associées à nos stimulations tactiles sur son hémicorps gauche, ces sensations globales favorisent son unité corporelle. Il se rassemble en s'enroulant et se caresse la main droite qui est habituellement ignorée, ce qui affine la connaissance de son corps. Dans ce rassemblement de ses deux mains autour de la zone orale, nous observons également moins d'auto-agrippements.

Nous décelons une détente manifeste et des sourires sur son visage apaisé.

Nous ajoutons alors une musique acoustico-vibrante dans le matelas. Puis nous complétons ces stimulations vibratoires en appuyant pour faire des vagues. Il est réceptif à ces sensations fournies et semble en profiter, dans une posture pourtant assez statique.

Ainsi rassemblé, il se révèle être attentif à son environnement proche. Il montre de l'intérêt pour les fibres optiques, localise leur source lumineuse et sourit lorsqu'elles s'allument après une pause dans leur éclairage.

Lors de l'allumage de la boule à facettes, les tâches en mouvement l'intéressent : il les regarde et cherche à les toucher, en balayant de son bras gauche le mur derrière lui. Après un long moment d'exploration répétitive, je lui propose de se diriger vers les colonnes à bulles. Il semble peu intrigué par celles-ci, appréciant manifestement son installation qu'il conserve. Pourtant, il reste très présent durant cet instant. Lorsque j'intercale sur la zone de balayage de son bras le boîtier qui change les couleurs des colonnes, il refuse d'appuyer sur les boutons en diminuant l'amplitude de son mouvement. Alors que j'insiste et répète ma tentative en rapprochant l'objet de son bras, il confirme son refus en limitant davantage son balayage, m'exprimant alors dans un dialogue explicite qu'il me l'avait déjà signifié.

Je l'installe alors sur le hamac afin qu'il puisse regarder les colonnes tout en étant relativement passif. Une fois dans ce support, nous jouons un peu avec la vitesse et la force des balancements qui percutent le matelas dur installé devant, ce contact créant de légères vibrations. Il apprécie la secousse procurée

qui le fait sourire. Après avoir stabilisé ce balancier, j'observe Brice qui est assis avec son axe tenu, sa tête et son regard droit. Cette posture contenante le rend disponible pour explorer son environnement : Il est attentif aux colonnes à bulles colorées placées devant lui, balayant son regard de l'une à l'autre. Nous exportons un peu d'eau de la colonne à bulles observée jusqu'à son bras, et il sourit à son contact sur sa peau.

VI. RETROSPECTIVE SUR L'ANNEE ET DISCUSSION

Devant son comportement que j'ai initialement vécu comme imprédictible, ses angoisses m'apparaissant sans signes avant-coureurs, j'ai longtemps éprouvé des difficultés à comprendre le fonctionnement de Brice. Mes connaissances théoriques et mon œil clinique s'affinant, notamment sur la lecture des signaux corporels de Brice, j'identifie progressivement les déclencheurs. L'aménagement du cadre thérapeutique participe alors à la régularité de ses états de vigilance, favorisant donc ses potentialités et des surprises en séances. Emettre des hypothèses a été indispensable et vital pour orienter ces séances. En effet, il convient déjà de comprendre ses stéréotypies, d'en voir le sens et la finalité, pour les accompagner en les transformant. Dans cet objectif d'accès aux sentiments de sécurité et de contenance qui sont fondamentaux pour Brice, la théorie est un appui phare pour se positionner et guider son suivi. Recourir aux théories nous aide à tenir en tant que professionnel, en contribuant à éclaircir la situation. Il est notamment possible de se référer aux théories de la petite enfance, car « Se développant dans une sphère pré-langagière, dépourvue de dimension symbolique, il est ainsi possible de s'appuyer sur les modèles du développement du tout petit pour tenter de comprendre les fragilités et les modalités de fonctionnement des personnes polyhandicapées, malgré une expérience de vie non comparable. »(M. Audouéineix et C. Sintès, 2014)

Cela participe à mettre du sens et de la cohérence dans une relation très primaire et qui peut sembler irrégulière, discontinue. Ces références donnent des axes de travail et soulignent le rôle du psychomotricien avec Brice.

1. L'Image du corps

a. Construction de l'image du corps en relation à l'autre

G. Haag nous sensibilise à l'importance de l'investissement de l'image du corps dans la relation à l'autre pour la constitution du moi corporel. Il est possible de cibler des points essentiels de ce processus qui s'amorce dans les interactions précoces.

La représentation corporelle n'étant pas structurée chez le tout-petit, les sensations sont impensables, non localisables et non traitables. L'image du corps se fonde alors sur des réactions primaires. Par les variations toniques et gravitaires notamment, les flux sensoriels assaillent le bébé. Winnicott évoque des états primitifs d'angoisses archaïques telles que l'angoisse de liquéfaction et l'angoisse de chute, qui sont également pressenties chez Brice.

Le premier mode d'organisation des flux sensoriels se construisant dans une relation de dépendance complète à l'environnement. Durant ces interactions précoces, le collage et le corps à corps sont privilégiés. Se construisant alors dans le peau à peau qui indifférencie soi et autrui, l'image du corps

est ici fusionnée avec l'objet et les difficultés relationnelles se vivent dans le corps même, pouvant provoquer des vécus d'arrachement lors de la distanciation.⁹ Le manque de structuration du moi corporel pouvant être similaire dans le polyhandicap, de tels vécus de fusion mêlant des « identifications intra-corporelles » (G. Haag) auraient pu émerger lors des bercements en collage, où Brice était dans une capture tactile notamment ? Dans cet instant en symbiose privilégié, Brice vivrait l'autre comme étant une partie de lui-même et c'est ainsi que la séparation a pu donner l'impression d'un vécu d'arrachement, s'exprimant par des débuts de cris de Brice et une mimique contrariée ?

L'objet maternel reflète alors un « même » au bébé. Ce miroir est à la fois une image et son interprétation, introduisant de la répétition sans être parfaitement identique. Dans ce collage qui fournit les prémices d'une image du corps, ce corps à corps se vit sur un mode multisensoriel combinant des aspects visuels, sonores, olfactifs et toniques. G. Haag évoque notamment l'importance de la tenue du dos et de la nuque. Les jeux de regards sont également primordiaux dans ces interactions, elle décrit ainsi la vision comme une « boucle contenant et subjectivante ».

D. Winnicott développe quant à lui la notion de holding pour signifier le maintien, la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Ce sont les soins maternels qui soutiennent le Moi de l'enfant encore immature. Cette notion est centrale car elle aboutit à la construction du Self de l'enfant à condition que la mère lui assure et lui offre de façon « suffisamment bonne » et continue une sécurité affective et une chaleur protectrice tant physiologique que psychique. Ce portage s'accompagne d'une qualité de présence qui donne au bébé le sentiment d'être un bon objet et d'être contenu. Par la rythmicité de cette relation (présence/absence, voix, nourrissage) et des répétitions porteuses, des invariants mettent en place chez l'enfant le sentiment continu d'exister et de se sentir comme une unité différenciée.¹⁰ Durant les bercements en corps à corps notamment, les séances avec Brice mettent ces notions au premier plan et il se saisit particulièrement des interactions visuelles dans nos échanges.

De plus, l'objet doit faire un « rebond » dans les premières interactions. Ainsi « quelque chose est perçu d'un « renvoi » [...] non pas d'abord quelque chose qui vient d'une personne séparée, mais comme l'image motrice d'une détente du retour de la « tension vers » que j'aime appeler « boucle de retour ». Ce fond relationnel autorise « un rayonnement de boucles de retours », « traduisant une sorte d'image sphérique du self » qui constitue une « première représentation du moi corporel » (G. Haag, 1994). Cette « boucle de retour » qui renvoie de la similitude et de la différence en même temps transforme le reflet dans un miroir imparfait. Cela est étroitement lié à la fonction alpha décrite par W. Bion, la mère métabolisant des sensations chaotiques en les rendant assimilables pour le bébé, au travers de ses verbalisations notamment. Cet écho modifié permet au bébé de se sentir vivre lui-même et de percevoir l'autre qui existe, cette perception conférant à autrui des pensées, une vie psychique et intérieure. J'intègre ce rebond durant les instants de collage où, face à la capture tactile de Brice,

⁹ Cours de psychologie sur l'image du corps, M. Petit-Garnier

¹⁰ <http://psycho-ressources.com/elisabeth-c-rei-txt-winnicot.pdf>

j'oriente cette modalité vers des pressions dans les mains par exemple. De plus, mes verbalisations (qui sont encore à faire évoluer) l'accompagnent, effectuant une métabolisation de la séance. Les interactions construisent donc une image du corps séparée au cours desquelles l'imitation est prépondérante.

Le dialogue tonico-émotionnel joue également un rôle majeur dans cette élaboration corporelle, par la circulation du tonus, sensations, émotions et représentations. Cette boucle de retour amène ainsi de l'espace et du volume dans cette représentation corporelle, qui est étroitement liée à l'intériorisation de la contenance maternelle qui délimite le dedans et le dehors.

Par ailleurs, un lien est possible avec la sécurité de base qui est aussi structurée grâce à ces boucles. En effet G. Haag explique que ce sentiment s'élabore au travers de l'arrière-plan dos (intégré grâce au portage notamment), de la buttée du regard ainsi que de l'ambiance sonore (le bain de paroles ayant une qualité enveloppante notamment)

En réponse au besoin de sécurité qui correspond à la base de la pyramide de Maslow (*Annexe*) et est central, le psychomotricien vise donc à fournir au sujet une sécurité de base qui est vitale aux sentiments d'enveloppe et de contenance. Ces moyens d'actions du thérapeute sont décrits ensuite.

b. Troubles de l'image du corps

i. Angoisses corporelles

Evoquées précédemment dans la partie sur l'accompagnement du polyhandicap et dans les séances avec Brice, les angoisses corporelles sont massives dans le champ du polyhandicap. G. Haag (1996) les définit comme « une panne plus ou moins précoce de la construction du moi primitif, très intriquée à la construction de l'image du corps au sens du moi corporel » Dans leur forme la plus primitive, ces angoisses corporelles sont celles de chute et de liquéfaction, « en rapport avec la non constitution d'un premier sentiment d'enveloppe » G. Haag (1996).

Ces vécus nécessitent un « entretien quasi permanent des stéréotypies » qui maintiennent « un minimum de sentiment de continuité d'exister ». Ces autosensations associent le sentiment de « chute plus ou moins vertigineuse et écrasante et/ou la liquéfaction dans le sentiment d'anéantissement. » G. Haag, (1996). « Aux niveaux d'expression les plus primitifs des enfants sans langage tentent de maîtriser eux-mêmes (aspect maîtrisant de la répétition) ce débordement [...] en faisant jeter en jets les jouets » (*Ibid*) Comme suggéré en séance, Brice tente-t-il de se représenter ses angoisses de chute en jetant ces objets en arrière ? Dans des prémices de symbolisation, il n'utilise pas son propre corps directement mais médiatise son vécu par un objet, cette figuration étant positive. De plus, les angoisses de chute convoquant « des sensations de vacillement, de tournoiement » Brice pourrait faire pivoter ses objets dans sa main afin de se représenter ce vécu.

Les angoisses de morcellement et d'effondrement étant plus élaborées car nécessitant une représentation corporelle suffisante¹¹, Brice pourrait ne pas être à ce stade d'élaboration ?

ii. Les auto-agrippements

Cette image du corps très précaire est anxiogène, appelant donc des mesures d'urgence, telles que les auto-agrippements sensoriels qui constituent des conduites défensives.

-Les agrippements auto-sensuels (tonique, kinesthésique, vestibulaire) ou auto-sensoriels (visuel, auditif, vestibulaires) consistent à s'accrocher à une stimulation interne ou externe, par un ou plusieurs sens. Leur fonction première est d'annuler l'angoisse, de se sentir vivant, de rassembler ce qui se morcelle, verrouiller les orifices ou se sentir contenu. A ce propos, A. Bullinger parle notamment de « prothèses de rassemblement » c'est-à-dire des moyens de stabilisation de l'image du corps. Le processus de représentation habituel étant impossible, les personnes en situation autistique développent leur propre technique de compensation en vue de rassembler les espaces qu'ils habitent. Ces auto-agrippements sont au service de la sensation et n'ouvrent pas à la représentation. Investies pour elles-mêmes et dans l'immédiateté, ces stimulations ont donc une efficacité apaisante transitoire mais doivent alors être répétées.

A défaut de représentation, ces vécus auto-sensuels sont énergivores et ne conduisent pas à une inter-sensorialité. Cela peut alors mener à un vécu de démantèlement qui majore les angoisses primitives. Cité par C. Lheureux-Davidse (2008), D. Meltzer a mis en évidence la « réversibilité du démantèlement sensoriel » qui va de pair avec des mouvements d'investissement et de désinvestissement corporels. Submergé par des sensations et émotions excessives, l'enfant se coupe de ses ressentis corporels et se réfugie dans ses pensées afin d'essayer de s'apaiser. Ainsi la sensorialité se morcelle et les sens deviennent indépendants les uns des autres. Ce phénomène serait en jeu dans les stéréotypies de Brice, au cours desquelles il utilise un sens exclusivement et le clive des autres.

Ces difficultés ne sont pas figées. Dans le champ du polyhandicap, le psychomotricien cherche toujours à réduire ce risque de psychotisation. Ainsi, son objectif est de faire expérimenter aux sujets des stimulations variées et contenant, afin d'étayer l'élaboration d'un vécu corporel unifié et global qui soit sécurisant.

Le détournement de ces stéréotypies et leur ouverture à la relation est un enjeu essentiel. Il intervient notamment en transformant l'agrippement auto-sensuel en un accrochage à autrui. Cet hétéro-agrippement correspond à l'ensemble des appuis corporels du sujet sur le monde environnant, l'intégration de ces appuis corporels nécessitant un lien et une relation à l'autre. Avec Brice notamment, cet appui sur autrui a été mis en jeu lors des stimulations vestibulaires, vibratoires, ainsi que dans les comptines, alors qu'il anticipait la suite, avançant cette boucle par un contact visuel. L'intermédiaire d'un tiers étant alors indispensable pour que ces stimulations soient réinitiales. Cela a

¹¹ Cours de psychologie de 3^e année, Image du corps et psychopathologie, J. Boutinaud

également été mis en jeu au travers des appuis-dos solides qui le rendaient plus disponible pour interagir.

2. Moyens du psychomotricien pour accompagner l'enfant en situation de polyhandicap à habiter son organisme

a. *L'apport d'A. Bullinger*

« La sensori-motricité du bébé constitue la trame même de l'émergence du sujet, la toile de fond sensible du sentiment d'existence, le tissu de la permanence et du sentiment de continuité de soi. » (C Potel, 2015, p33)

Ainsi, la théorie sensori-motrice est particulièrement adaptée pour appréhender le fonctionnement de Brice et pouvoir l'accompagner au fil de cette année, notamment dans l'ouverture aux hétéro-agrippements. Bien que son application soit omniprésente, les liens théorico-cliniques ne sont pas spontanés d'emblée et demandent de l'énergie. Si j'ai suivi mes cours et appris les concepts, cette connaissance encore en construction se révèle insuffisante. L'intériorisation de cette référence requiert du temps pour pouvoir se l'approprier et faire des liens plus fluides progressivement. Vivre son application montre combien saisir ses nuances en pratique est indispensable pour l'intégrer réellement.

Selon A. Bullinger (2004), l'enfant apprend non seulement à habiter son corps mais également à en faire un moyen d'action sur son milieu humain et physique. Cela nécessite des co-variations entre stimulations sensorielles et signaux proprioceptifs, dépendant à la fois d'un équipement neuro-sensoriel sain et de sources de stimulations cohérentes dans leurs dimensions temporelle et spatiale, mais également du recours au milieu humain.

i. **L'équilibre sensori-tonique**

A. Bullinger (2000) explique que **l'équilibre sensori-tonique** « est assuré lorsque les interactions de l'organisme avec le milieu (des fonctionnements) suscitent un ensemble de signaux cohérents qui d'une part ne perturbent pas l'état tonique et d'autre part, permettent un guidage de l'action ».

La régulation de l'état tonique est permise par deux boucles.

-D'une part, la boucle archaïque qui est tonico-émotionnelle. Ainsi les interactions mobilisent le tonus, tout comme les états toniques conditionnent les échanges avec le milieu.

- D'autre part, la boucle est cognitive et représentative. En effet les interactions entre l'organisme et le milieu alimentent une activité psychologique qui déduit des invariants, permettant « la régulation opératoire des fonctionnements ». Cette mobilisation tonique et ces invariants se construisent dans la répétition, la cohérence et la régularité.

L'équilibre sensori-tonique repose donc sur trois vecteurs : les propriétés physiques du milieu (les flux), le milieu biologique (intégrité de l'équipement neuro-sensoriel) et le recours au milieu humain.

Dans le suivi de Brice, face à son atteinte neurologique importante, mon rôle a été d'agir sur les flux sensoriels environnants afin d'en faciliter leur perception, tout en me positionnant comme un appui stable et sécurisant face aux vécus de Brice.

ii. Le dialogue tonico-émotionnel

Le milieu humain représente un appui indispensable pour Brice qui a besoin d'un relais pour suppléer à ses difficultés. Chez le bébé, la régulation du recrutement tonique lié à la stimulation se produit à travers le dialogue tonique. Ce corps à corps va permettre au bébé de mettre du sens au passage de l'état hypertonique (désagréable) à l'hypotonie de satisfaction. Brice manifeste une modulation tonique en tout ou rien. Ainsi les séances avec lui privilégient des balancements rythmés dans un corps à corps soutenant, influençant cette boucle tonico-émotionnelle. Dans ces moments-là, les échanges avec le porteur entraînent une flexion compensatrice permettant le premier haubanage antéro-postérieur du buste et une unité corporelle. Le portage fournit « un appui dans le dos de l'enfant, ce qui aidera à organiser sa flexion. Cet appui offert est une des composantes du dialogue tonique » En effet, l'appui-dos sécurisant proposé en séance mettait ce schème au travail et renforçait la qualité du dialogue tonico-émotionnel.

L'émotion suscitée ne peut se réguler qu'à travers la répétition permettant l'anticipation. Ainsi les représentations sensori-motrices permettent la régulation tonico-émotionnelle. D'après G. Petitpierre-Jost (2005) « Le sujet polyhandicapé sans langage communique de manière privilégiée par une modulation de son état émotionnel. Il va aussi, par le recrutement tonique associé à l'émotion, utiliser cet appui pour tenter de réaliser des actions instrumentales ». Sans cet appui sur le corps de l'autre, le passage d'une désorganisation à un effondrement tonique par changements brusques de niveau de vigilance persistera.

Au-delà de favoriser le dialogue tonico-émotionnel, les interactions avec Brice privilégient le rythme. Leur répétition au fil des séances favorisent l'extraction d'invariants et facilitent l'anticipation de Brice, permettant ainsi une meilleure régulation de ses émotions.

iii. Agir sur le milieu physique : La gestion des flux sensoriels

Le milieu humain peut également intervenir sur le milieu physique, en dosant l'intensité, la quantité, la répétition de flux, ainsi que la régularité des stimulations.

Selon A. Bullinger, « un flux est constitué par une source qui émet de manière continue et orientée un agent susceptible d'irriter la surface, le capteur. Ils participent à la régulation tonico-posturale et permettent de situer le corps dans l'espace. ». Pour le psychomotricien, il est intéressant de repérer le canal à privilégier en séance.

La perception des flux par l'organisme émet une séquence de réponses caractéristiques, dépendantes à la fois d'un équipement neuro-moteur sain et d'un état d'éveil ajusté.

Tout d'abord la phase d'alerte avec un recrutement tonique global à chaque perception d'une variation brusque de flux, à travers des postures symétriques. Puis la phase d'orientation vers une source ou alors son détournement, utilisant notamment des mises en forme posturale asymétriques (ATNP). Pour Brice, les flux auditifs entraînent un effet privilégié sur cette phase.

Ces premières réponses convoquent un système perceptif archaïque qui traite des aspects non discriminatifs des flux.

Ensuite survient la phase d'évaluation de la distance grâce aux rotations du buste et de la tête. Enfin, les conduites de consommation, incluent une adaptation spatiale du geste permettant d'explorer la source. Au son des grelots en séance, Brice est spontanément alerté, repère cette source vers laquelle il entreprend un déplacement afin de l'explorer dans des manipulations (sous réserve d'un cadre spatial dépourvu de distracteur sur son passage).

Ces deux dernières réponses concernent le système perceptif récent et conduisent à l'instrumentalisation.

Comme le soulignent M. Audouineix et C. Sintès (2014) « Les atteintes neuro-motrices perturbent fortement la mise en place des modalités de réponses, par difficultés de coordination entre les postures asymétriques et par limitations des ressources posturales de la personne. »

L'intérêt suscité par la stimulation, son intensité, sa quantité et sa cohérence sont autant de facteurs que l'environnement doit ajuster, notamment le psychomotricien avec Brice. Cette gestion fine a donc une influence sur la boucle tonico-émotionnelle puisque ces paramètres conditionnent les modes de réactions tonique, postural ainsi que la vigilance et les émotions de Brice. L'équilibre entre sous et surstimulations sensorielles ainsi que l'évitement des dystimulations régulent cette boucle archaïque. La mise en jeu de leur rythme et régularité permet de déduire des invariants qui sont sources de proto-représentations, agissant ainsi sur la boucle cognitive. C'est ainsi que Brice semble anticiper l'allumage des fibres optiques éteintes après plusieurs répétitions ainsi que la reprise d'un refrain de consigne par exemple.

iv. L'installation et les appuis corporels

La notion de **points d'appui corporel** est indispensable pour la constitution de **l'axe corporel**. A. Bullinger (2001) explique en effet que les points d'appuis toniques posturaux constituent « tant au plan biomécanique que représentatif, une composante essentielle dans la réalisation des actions orientées vers le milieu physique et humain » Ces ancrages sont donc à la fois fonctionnels et cognitifs et soutiennent les interactions avec l'environnement.

En référence à A. Bullinger (2004), l'investissement des différents espaces corporels évoluent au fil du développement par étapes successives. Un trouble dans l'intégration d'un espace aura des répercussions en cascade sur les autres, fragilisant ainsi toute la construction de l'investissement corporel. La façon dont la personne habite son corps nous renseigne sur son niveau de développement

Je me suis questionnée sur l'intégration qu'a Brice de l'espace oral. Normalement, « la coordination des conduites de capture et d'exploration tactile vont faire de la bouche un outil qui assure la fonction nutritive. Le premier sentiment de contenance s'appuie sur la satiété et les éprouvés corporels de remplissage et de vidage » (M. Audouéineix et C. Sintès, 2014). Et cette fonction doit progressivement s'ouvrir à celle du langage. Brice utilise beaucoup ce mode archaïque de capture et d'agrippements au détriment de conduites d'exploration. Le travail autour de la zone orale permet alors d'améliorer ces informations, en variant les textures d'objets que nous lui faisons explorer à la bouche, (durs, piquants...). Les jeux vocaux enrichissent également l'intégration de cet espace.

Bien que l'espace oral de Brice ne soit pas complètement intégré, l'espace buste a néanmoins été sollicité. L'équilibration tonique entre flexion et extension permet le redressement progressif et l'intégration d'un arrière fond solide, nécessaire à la coordination de la vision périphérique et centrale. Dans la situation de Brice et ses recherches explicites d'un appui-dos, ces stéréotypies semblent être également présentes au niveau du buste. Une hypothèse émise durant son accompagnement suppose que Brice nous désigne son dos par ses jets d'objets en arrière. De même, ses balancements antéro-postérieurs du buste souligneraient la quête d'un axe et d'un appui dos. D'ailleurs, Brice ne se fournit-il pas un appui dos stable au travers du tapis, une fois allongé sur le dos ? Les appuis-dos ont alors tout leur sens dans cette visée de rassemblement. En effet « le contact tactile sur une large surface crée un ensemble de sensations qui relie les deux moitiés du corps » Dans la situation de Brice, cette réunification des deux hémicorps est capitale, contribuant ainsi à son enveloppe corporelle. Cela « permet au regard d'acquérir une fonction d'exploration et d'échange. Ces sensations font exister le dos comme un arrière-fond, un point d'appui pour les interactions de l'enfant avec son milieu. » Etant indispensable, ce support solide et stable lui est suggéré à chaque séance (contre une toupie, un pont, contre le corps de Caroline ou le mien). La séance Snoezelen décrite précédemment où il est installé dans le hamac dans une posture contenant, son regard libre et plus disponible pour explorer les colonnes à bulles est assez évocatrice par exemple. Le recours aux appuis-dos solides et contenant est permanent en séance avec Brice.

Au-delà des appuis offerts par mon corps ou le pont jaune, l'utilisation des appareillages, tels que le fauteuil ou l'attelle de station debout, peut s'avérer être un moyen de contenir et soutenir Brice. Ces réflexions théoriques m'ont permis de prendre du recul sur ma vision de Brice ainsi installé lors de notre première rencontre.

Progressivement, Brice a lui-même recours à ces postures de rassemblement et d'unité, sans s'auto-agripper à la zone orale pour autant. Il manifeste des capacités de pré-représentations, lui permettant

de s'approprier des moyens d'apaisement. Cela soulignerait également un investissement de son enveloppe corporelle et de son image du corps. Et ces processus sont très optimistes.

Au travers de ces différents moyens, l'intervention psychomotrice favorise la stabilisation de l'image du corps, atténuant ainsi le recours aux auto-agrippements.

b. Stimulations basales

i. Définitions

D'après A. Frohlich, (2000), la stimulation basale « ne veut être ni une méthode, ni une technique ». Centrée sur le modèle de globalité, cette réflexion insiste sur le fait « qu'une seule et même personne est impliquée simultanément dans une grande variété de processus vitaux, d'expériences, de sensations, de perceptions, de pensées, de mouvements et de communications. » Il s'agit, par l'intermédiaire du corps, « d'initier une communication globale d'expériences et d'impressions. » car « Cette corporalité représente la base de départ commune. C'est de là que provient la composante « basale ». « Le corps constitue la forme par laquelle nous existons au monde. » Se référant aux expériences vécues in-utero, cette approche regroupe des sensations archaïques qui sont donc universelles. Il s'agit des stimulations somatiques (concernant la peau, le toucher), vestibulaires (dans les accélérations, rotations et changements de niveau qui varient les positions du corps dans l'espace et la pesanteur), vibratoires (concernant la structure osseuse, les articulations et leur résonance) :

« A partir de ces trois domaines fondamentaux, il est possible d'accéder à d'autres domaines liés à la perception et au développement : l'ouïe, le goût, l'odorat, le toucher et bien sûr la vue. » Il s'agit de « renouer avec ces expériences précoces de la vie, pour trouver ainsi une possibilité d'entrer en contact avec l'enfant, à un niveau qui, bien avant la naissance, était significatif pour lui »

La sécurité de base et le sentiment continu d'exister dans son corps se construisent et évoluent dans ce champ infra-verbal chez l'enfant porteur de polyhandicap, de part ses atteintes multiples. Cette approche est ainsi particulièrement appropriée pour accompagner Brice. Ces stimulations sont privilégiées tout au long des séances, par des percussions osseuses, vibrations, les balancements et stimulations somesthésiques. De plus, ces stimulations offrent l'expérience du langage dans une forme certes archaïque mais poétique.

ii. Applications

Ainsi C. Lheureux-Davisdse (2008) souligne qu'il « devient pertinent d'appréhender le plaisir du langage verbal partagé par l'effet vibratoire des sons dans le corps, en deçà même de la question du sonore. » Ainsi les expériences vibratoires qui apparaissent à 3 mois est demi de grossesse précèdent les autres sens, notamment celui de l'ouïe, les expériences sonores se situant au 4^e mois de grossesse. L'association sonore et vibratoire est donc indiscutablement à privilégier avec Brice dans le cadre thérapeutique, comme cela lui a été proposé lors des comptines dans la toupie. Etre sensible aux

expériences vibratoires auxquelles il réagit afin d'en faire une occasion de rencontre partagée est essentiel dans son accompagnement. Dans le développement normal, le bébé joue avec les sons de sa voix qui font vibrer ses cavités buccales et nasales. Progressivement ce plaisir sensoriel se diversifie, ces structures s'enrichissant dans des mélodies. Brice nous montre bien cet attrait acoustico-vibrant dans ses vocalisations qui se diversifient et les rythmes qu'il reprend.

Ces éléments sont supports de rencontre et ouvrent la voie aux jeux partagés.

Ainsi les expériences sonores avec la voix « tracent des directions dans l'espace des rencontres, du dehors et du dedans, puis du dedans au dehors, traces de communications sensoriellement éprouvées à l'origine de formes. » (C. Lheureux-Davidse, 2008). La voix est ainsi également au service du sentiment d'enveloppe corporelle et soutient l'émergence des représentations. De plus, C. Lheureux-Davidse (*Ibid.*) explique que les sons graves font davantage vibrer le bas du corps alors que les sons aigus font vibrer le haut de la tête. Brice ayant une enveloppe corporelle peu unifiée et devant l'hypothèse d'un clivage horizontal entre le haut et le bas du corps, davantage jouer dans cette alternance sonore entre aigu et grave serait indéniablement bénéfique pour investir cette partie basse de son corps et la « raccrocher » à la partie supérieure, soutenant l'unification de son enveloppe.

Ces jeux vocaux se notent chez Brice par ses explorations de sa voix, de la zone orale, des vibrations et rythmes qu'il entreprend et les chansons qu'il apprécie particulièrement (bateau sur l'eau, rappeur).

De plus, Brice expérimente beaucoup les sons « mmm ». D'après C. Lheureux-Davidse, cette sonorité se dirige vers l'intérieur et provoque des vibrations pour soi-même, la bouche étant fermée. Ce son intériorisé diffuse des vibrations dans les cavités buccales et nasales puis dans tout le corps. Brice expérimenterait réellement son corps comme étant une caisse de résonance et ceci favoriserait le sentiment d'une intériorité fermée. Ainsi ces sensations renforceraient le sentiment de contenance et son Moi corporel. En lui fournissant une sécurité interne, ces bruits du « dedans » pourraient également avoir une fonction pare-excitante, lui permettant de filtrer des flux effractants ? Ce mode d'apaisement pourrait être un moyen d'éviter d'avoir recours à des défenses plus radicales ?

Par ailleurs, les mouvements et déplacements dans l'espace sont à la fois sources de vibrations et de stimulations vestibulaires, de par les secousses intérieures et translations spatiales apportées. De plus, cela peut s'accompagner d'un changement d'environnement qui peut l'apaiser. Ce dialogue qui passe par l'alternance des mouvements est central dans les séances avec Brice. En effet, il se montre très réceptif à ces stimulations basales.

Les balancements proposés en séance entre la gauche et la droite renforcent la verticalité de Brice en associant l'espace gauche et l'espace droit. En les expérimentant alternativement, cela contribue à la réunification de ces héli-champs tout en construisant cette charnière verticale et son axialité. Ces mouvements peuvent favoriser l'investissement de ses deux hémicorps, notamment celui droit qui lui

fait défaut. Cela renforce donc son sentiment d'unité corporelle. Ces balancements et appuis ont également l'intérêt d'effectuer un travail autour des angoisses de chute suspectées chez Brice.

Le toucher est également une base fondamentale renforçant le sentiment d'enveloppe corporelle. En séance, lorsque Brice est collé du côté gauche, cela permet à l'une de nous de proposer des stimulations tactiles, telles que des percussions, pressions et lissages sur l'hémicorps droit qui est disponible, afin de renforcer la conscience de cette moitié et soutenir cette enveloppe corporelle. S'il est allongé sur le tapis, amener des sensations tactiles au niveau du dos et de ses membres contribue à ce sentiment d'unité. Cela favoriserait également la représentation progressive d'un arrière-plan dos. La qualité et l'intentionnalité du toucher sont ici vitales. Nous essayons de le pigmenter avec un tonus contenant, en alternant la vitesse de ces stimulations : pressions apposées lentement ou lissages rapides, au travers de balles lisses ou rugueuses pour diversifier ces sensations somesthésiques. En travaillant sur les limites corporelles de Brice, le toucher structure ainsi sa perception du dedans et du dehors et sa différenciation Moi/non Moi.

Ainsi ces stimulations basales sont des valeurs sûres auxquelles Brice est demeuré réceptif, même durant la phase difficile où il a été somnolent. Ces expériences sont infaillibles. La recherche de sécurité et de bien-être étant essentielle dans le champ du polyhandicap, cette approche est la toile de fond de cet accompagnement sur laquelle on insiste.

Rappelons-nous la séance où son état ne permettait pas un travail actif autour de l'enveloppe par des explorations du dedans et de dehors dans une boîte. Alors allongé sur le tapis, ma maître de stage s'est installée à côté de lui, a exercé des percussions sur son sternum en leur associant un bruit et en modulant leur vitesse notamment. Brice qui maintenait le poignet de Caroline, variait alors le tonus de sa paume, contrôlant ainsi les pressions apposées sur son corps. Cette proposition l'a mis en situation d'acteur. Cela a été confirmé lors de pressions sur un tambourin, où je sentais son tonus des mains se recruter pour participer au mouvement et taper sur l'instrument.

Brice sourit aux accolages, aux fortes pressions qui sont alternées avec du relâchement. Durant l'attente, il anticipe leur retour, se fige et interpelle même du regard pour les réamorcer. De même, il prédit les changements de rythme vocaux des comptines, notamment des refrains, se traduisant par des sourires.

Cet ensemble souligne indéniablement l'intérêt rythmique, musical de toute stimulation, ainsi que les capacités d'intégration qu'elles permettent.

c. Les précurseurs de l'intersubjectivité

Dans cette démarche ouvrant vers les hétéro-agrippements, le psychomotricien peut notamment avoir recours aux précurseurs de l'intersubjectivité.

B. Golse (2004) explique qu'il existe des mouvements d'intersubjectivité primaires chez le bébé, du fait de ses compétences précoces en matière de perception et de représentation. Ce démantèlement inter-sensoriel serait donc réversible grâce à ces tendances innées qui seraient présentes chez Brice, d'une part. D'autre part, la cohérence des stimulations qui lui sont procurées en séance favoriserait cette unité ainsi que l'exploration co-modale. Nos séances visent ainsi la rencontre entre les sens, qualifiée de « consensualité » par D. Meltzer. Mais cela dépasse la simple somme de sensations, le psychomotricien apporte des sensations compatibles et de qualité au travers de sa façon d'interagir et de son langage également. Il transforme ces données brutes tout en fournissant une contenance.

Car « Chaque modalité sensorielle est rythmée avec des pulsations variables mais la co-modalité ne peut s'organiser que si, et seulement si, chaque modalité sensorielle reconnaît une organisation rythmique compatible avec celles des autres modalités sensorielles, compatibilité qui n'est sans doute pas donnée d'emblée mais qui est le fruit d'une harmonisation progressive des interactions. » B Golse (*Ibid.*) décrit ainsi que toute perception est rythmique, quel que soit le sens concerné. Ainsi, chaque perception comporte 4 paramètres : l'impulsion rythmique, le tempo, la pulsation, la dynamique. L'enjeu est majeur pour le psychomotricien : en contrôlant les flux sensoriels en séance, leur cohérence et leur rythmicité, nous favorisons des éléments intégrables pour Brice. Cette synchronisation favorise l'émergence de représentations et soutient l'intersubjectivité. Dans ce dosage délicat, la salle Snoezelen est un allié intéressant pour mettre en jeu ce mantèlement.

La congruence des flux sensoriels soutient la segmentation, qui renforce elle-même le mantèlement. A partir de là, le sujet devient acteur dans sa manière de traiter les informations provenant de son environnement, lui ouvrant alors l'accès à l'intersubjectivité et donc au langage. Car seul un objet mantelé peut être perçu comme distinct et différencié de soi. Le psychomotricien porte donc un intérêt particulier sur la cohérence des stimulations et des interactions, et cherche à rendre le sujet acteur dans la réception des flux en séance.

Par ailleurs, la référence à des formes fixes est indispensable au bébé pour qu'il puisse percevoir le mouvement.

-Les formes fixes représentent des points de repères dans l'environnement. Il peut s'agir du contour extérieur du visage de la mère, son nez, la sensation du dos en appui. Par ses mimiques faciales et l'appui-dos qu'il procure à Brice, le psychomotricien joue donc un rôle essentiel dans l'acquisition de ces repères stables qui lui permettent d'organiser ses perceptions.

Ces formes fixes et ces mouvements sont donc déterminants chez le bébé comme chez Brice, et la dynamique du psychomotricien est capitale dans cette démarche. Ainsi, le corps et le visage du professionnel sont animés par son langage et par ses affects qui l'habitent. Et ces signes vont permettre à Brice de se représenter l'affect.

L'affect est donc fondamental, unifiant ce qui provient du psychomotricien et permettant de diversifier l'information au niveau des cinq modalités sensorielles. Cela rejoint indiscutablement le concept d'"accordage affectif" décrit par D.N. Stern, qui souligne le lien étroit entre l'affect et le mouvement dans cette harmonisation réciproque.

Progressivement, Brice a lui-même recours à ces postures de rassemblement et d'unité, sans s'auto-agripper à la zone orale pour autant. Il manifeste des capacités de pré-représentations, lui permettant de s'approprier des moyens d'apaisement. Cela soulignerait également un investissement de son enveloppe corporelle et de son image du corps. Et ces processus sont très optimistes.

L'évolution de Brice est prometteuse à condition que l'espace qui lui soit offert soit aménagé de façon appropriée pour favoriser ses potentialités. Ainsi, tout en pensant le cadre thérapeutique, la surface de cet équilibre sensori-tonique est valorisée, mettant ainsi en jeu l'aire archaïque d'échanges commune au travers de stimulations basales.

Au-delà de ces appuis théoriques, les séances se déroulent néanmoins aussi sur un aspect intuitif, résonnant avec ce que propose Brice. Ainsi la flexibilité du cadre est une fonction essentielle, dans un juste dosage entre maîtrise théorique et spontanéité, entre structure et lâcher-prise. Comme le souligne C. Potel (2015), l'accompagnement du psychomotricien nécessite « un cadre théorique bien posé qui structure sa pensée, en même temps qu'il doit s'en libérer pour accompagner en permanence la singularité de chacun de ses patients. » (p.22). Cette qualité de présence du psychomotricien permettant « une présence habitée et consciente » (*Ibid.*, p 35).

De plus, B. Lesage (2000) explique qu'« il ne s'agit pas de faire comme on sent mais de s'efforcer de sentir ce qu'on fait, de donner à sentir tout en sentant ce que l'on donne » Il ne s'agit ni d'agir au feeling intuitif, ni d'avoir recours à un savoir-faire calqué. Seulement cet ajustement harmonieux est le fruit d'un apprentissage qui s'acquiert avec expérience. C.Potel (2015) souligne notamment, « La disponibilité du corps est quelque chose qui s'apprend, qu'il est même indispensable d'apprendre pour ne pas trop se perdre ou, tout simplement, pour ne pas trop s'épuiser. »(p.53) ajoutant « Pour cela, il doit être capable d'être simultanément dans une activité sensorielle et motrice, et dans une activité d'analyse »(*Ibid.*)

La 3^e année d'étude ainsi que les deux années précédentes sont de bons entraînements mais cette fluidité va s'affiner encore davantage avec l'exercice professionnel ultérieur.

3. Pré-requis de la rencontre et travail d'acceptation

Ce travail sur soi implique un lâcher-prise sur différents points :

a. La sidération qui guette

i. L'acceptation

Devant le chaos et la pensée figée, la représentation de l'étrangeté ou du monstre est honteuse donc on la chasse. Face à ce malaise que je n'ai reconnu qu'à moitié au début, ma première réaction a notamment été de m'auto-persuader que cela se déroulerait mieux la prochaine fois et que je ne pouvais pas ressentir cela en tant que professionnelle. D'ailleurs, me tourner vers les écrits évoquant la « monstruosité » n'a pas été évident : Ce concept n'est-il pas démesuré par rapport à ce que je vis avec Brice ? Finalement, n'est-ce pas moi qui suis inhumaine de le percevoir comme un étrange familier ?

Or il faut conserver cette image obtenue par libre association et qui n'est pas survenue par hasard. La lecture de ces écrits à ce sujet a notamment contribué à me déculpabiliser de ces ressentis difficilement avouables. Au sujet de son exercice dans le champ du polyhandicap, O. Grim (2000) écrit « La pratique nous immerge donc dans un « abîme de perplexité » » (p84). Il décrit ensuite un enfant dont « Ni l'agénésie du corps calleux, ni son épilepsie n'expliquent sa façon d'être au monde. Une pure incompréhension » « son physique est loin d'être repoussant. Il est même plutôt agréable à regarder [...] pourtant une inquiétante étrangeté l'enveloppe et nous saisit. » (*Ibid.* p87) Il précise ensuite que son fonctionnement est « parfaitement énigmatique » (*Ibid.*). « L'angoisse m'étreint à chaque rencontre, avec cet enfant qui pleure instantanément dès le premier contact et dont la plainte insupportable vrille l'âme pendant tout le temps de la confrontation » (*Ibid.* p93). Ces passages m'ont spontanément fait penser à mon ressenti initial vis-à-vis de Brice.

Cet auteur utilise même le terme de « pétrification » (*Ibid.* p103) pour décrire la sidération vécue.

Par ailleurs, mon impression d'avoir une attitude miroir de Brice rappelle le concept d' « homologie fonctionnelle » décrit par JP Pinel(2001), qui consiste pour le professionnel ou l'équipe soignante à imiter inconsciemment le fonctionnement de la population accueillie.

De plus, j'ai l'impression frustrante que ces difficultés concrètes sont des obstacles dans mon désir impérieux d'être positive vis-à-vis de Brice. O. Grim(2000) citant René Clément dans sa préface écrit à ce sujet « le devoir d'optimisme » [...] « n'est pas contradictoire avec le fait de douter et de se questionner. ». Mes incertitudes ne nuisent donc pas avec la mise en œuvre d'un accompagnement favorable pour Brice, cela contribue à m'apporter de la sérénité.

Tenir compte de son contre-transfert est d'autant plus indispensable en psychomotricité où l'on travaille avec ses émotions. Déterminante, cette écoute peut même marquer un tournant dans une prise en charge, O. Grim écrivant même à ce sujet « c'est à partir de ce moment-là que je peux vraiment travailler avec cet enfant. » (*Ibid.* p104).

Accueillir ces ressentis « bruts » d'impuissance et admettre le fait d'être démunie sont donc de toute importance afin de pouvoir les dépasser.

ii. Au-delà du blocage : Avancée et optimisme

Cet état des lieux étant fait, il s'ensuit ensuite un processus plus constructif, la démarche thérapeutique visant « à passer de l'effroi en angoisse, de la sidération à l'élaboration, de l'immobilisme à l'action » (*Ibid.*)

Néanmoins, parler de déblocage instantané serait hâtif et exagéré, car il s'agit d'un processus, avec ses aspects réversibles et variables. Dans ma situation, la grande part de travail a ainsi principalement consisté à accepter que la sidération ne s'envole pas et soit plus longue que prévue, rôdant toujours, et ce malgré l'avancée de mon stage. Ainsi, G. Munoz (2002) écrit « Dans la clinique du polyhandicap, rien n'est jamais fait pour toujours, [...] la « figure du monstre » attaque de nouveau et sans cesse. » Cette phrase pourrait aussi caractériser le sentiment d'inquiétante étrangeté et la sidération à mon sens. La poursuite de l'accompagnement avec Brice va me permettre de davantage le comprendre, mais le temps imparti ne sera jamais suffisant pour achever ma réflexion.

Devant l'incompréhension de son fonctionnement et du fait de ma sidération, les liens théorico-cliniques ont pu être freinés durant l'accompagnement. Or le comprendre est un enjeu primordial afin de l'accompagner au mieux. Aussi « rien n'est plus insupportable que l'absurde » (O. Grim (2000) p91). La recherche de signification étant irrépressible, j'interprète son comportement en me basant sur mes propres codes sociaux. En séance, ce besoin s'appuie sur des éléments infra-verbaux comme des gestes archaïques ou des vocalises auxquels j'attribue une signification, conférant du sens à ce qui est involontaire, dans l'espoir que cela le devienne un jour. Ces éléments sont moteurs dans l'accompagnement. Dans cette quête de sens, des projections et hypothèses émises associent alors des images, des scénarios et des représentations. Dans cette activité psychique, le lien est étroit avec l'illusion primaire détaillée par W.Bion, où la rêverie maternelle donne du sens à ce qui n'en a pas, ou pas encore, et qui se laisse rêver à une intention, une adresse et un désir. Cette rêverie s'élabore lorsque celle-ci est capable d'accueillir les identifications projectives de l'enfant et de les lui retourner sous une forme acceptable. Le sujet peut alors intérioriser non seulement les contenus ainsi élaborés mais également quelque chose de la propre capacité de penser de la mère.¹²En effet, le temps et le support des théories aidant, ma disponibilité psychocorporelle est de plus en plus favorable pour ces élaborations au cours de la séance avec Brice. Et ces liens se font dans une absence de maîtrise de la pensée, m'évoquant alors également la non-directivité du cadre.

Si ce travail de métabolisation propulse l'accompagnement de Brice, il convient néanmoins de rester conscient de cette tendance. M'étant indispensables, j'ai souvent recours à ces projections positives le concernant, représentations auxquelles je dois veiller à rester prudente, du fait de leur subjectivité.

¹² <http://www.acim.ouvaton.org/spip.php?article50>

iii. Les appuis de l'environnement et le bienfait des partages

Les discussions avec les professionnels, le partage de vécus ont également contribué à ce travail d'acceptation.

Face à cela, le sentiment de solitude est tentant. Ainsi O. Grim(2000) décrit un « espèce de faux sentiment que l'on est isolé avec ce poids, que l'on ne peut communiquer ce mal-être à personne. Que l'on est seul à vivre cela, tellement seul que dans cette singularité cela ne doit pas être normal » (p.83). J'ai temporairement ressenti cette gêne un peu honteuse avec Brice. Néanmoins, confier ces difficultés à ma maitre de stage et ses collègues ont joué un rôle essentiel. Au cours des discussions, « Ce partage d'émotions et représentations a un effet apaisant. Dans cette symbolisation, le fait de s'entendre dire que de telles pensées sont normales est primordial. » (*Ibid.* p.83). La conséquence étant également que, « la vision que l'on a de lui est plus sereine et du coup cela le transforme » (*Ibid.* p91)

Cela m'a permis de vivre autrement mon sentiment démuni face à Brice. Ces partages de vécus m'ont fait déculpabiliser sur mon sentiment d'inefficacité ou d'impuissance. Sans ces échanges, je n'aurais peut-être jamais eu ce processus d'acceptation et de « lâcher-prise » qui ont aidé la prise en charge de Brice. Je note ainsi concrètement l'importance de la coopération inter-professionnelle.

Des bases théoriques encore en cours de constitution ont accentué le sentiment d'être perdue. Ainsi, les lectures sur l'accompagnement du polyhandicap, ont été des appuis fondamentaux pour mes assises professionnelles.

b. Gestion du dialogue tonico-émotionnel et acceptation des fluctuations

i. Le dialogue tonico-émotionnel

Dans l'alliance thérapeutique, l'espoir de rencontre est indispensable pour envisager l'évolution optimiste de tout patient. Néanmoins, cette auto-conviction ne doit pas être gênante, en redoublant de contrôle sur tout, au risque d'ajouter une tension supplémentaire telle que des crispations musculaires dans mon corps, nuisant ainsi à ma disponibilité. Bien que ces difficultés ne leur soient pas entièrement liées, la prise de conscience de mes raideurs m'incite à accentuer ma respiration et prolonger mon expiration à l'approche des séances avec Brice. Au travers de cet outil, j'améliore ainsi progressivement la qualité du dialogue tonico-émotionnel qui est vital en séance. Brice étant très dépendant de son entourage, la capacité du psychomotricien à agir sur cette communication infra-verbale est d'autant plus capitale.

Au fil du temps et du stage, j'apprends à me détacher de ces attentes précises, afin d'être disponible pour accueillir ce que Brice apporte tout en maximisant les chances de rencontre grâce au cadre thérapeutique. Il s'agit de mettre en œuvre ce que C. Potel (2015) appelle la « présence à l'autre ».

ii. Accepter les variations et le besoin de temps

Très vite, je comprends également que Brice déjoue l'idée d'une évolution linéaire de son accompagnement et d'une d'anticipation possible des séances. Leur déroulement n'étant jamais idéal, j'intègre l'absolue nécessité de me détacher de la séance parfaite. Dans le champ du polyhandicap, le temps se fige, nous fige ou s'accélère, sans que l'on ait de maîtrise dessus, ce qui me rappelle la notion de non-directivité du cadre. Ainsi la relation thérapeutique est « affaire de temps, âpre, parfois dure à établir, elle est fragile, vacillante, elle se nuance des émotions du passé comme des émotions du présent. Elle est loin de s'établir d'emblée. » (C. Potel (2015), p36) En référence au cadre « Encore faut-il que cet autre tienne le coup et qu'il puisse revenir à sa propre sensorialité comme à ses registres primitifs de communication, sans pour autant « perdre le nord » (*Ibid.* p.33) Mes ancrages renforcés favorisent ainsi cette cohérence.

Car « pour qu'il y ait un contenu, il faut un contenant. » (*Ibid.* p34). Enfin, la solidité du cadre des thérapies corporelles est capitale pour « que la sécurité du dehors puisse permettre à la sécurité interne d'advenir » (*Ibid.* p 29)

c. Se faire confiance

i. Croire en soi

Une tendance « dangereuse » a été de prendre les choses personnellement : mon vécu de la séance dépendant alors excessivement de l'état de Brice, et réciproquement que les manifestations de Brice dépendent exclusivement de moi. Le risque étant alors l'auto-dévalorisation, la remise en question de la moindre de mes propositions et de mon identité professionnelle (voire personnelle).

Or, croire en soi est indispensable. C. Potel (2015) établit notamment « la sécurité en soi, la sécurité de soi » comme un principe indispensable. Elle exprime ainsi « Une rencontre thérapeutique. Le patient apporte sa partition, écrite par l'histoire de ses peines, de ses angoisses et de ses chagrins, l'histoire des siens. Le thérapeute entend la mélodie, trouve la tonalité, rejoue les notes de refrains. Il apporte aussi des nuances, introduit de nouveaux tempos, crée des effets de surprise. D'autres couplets s'inventent. Pour cela, il doit faire confiance en son instrument, son corps qui résonne et qui pense. » (p75) En plus d'évoquer le rythme des interactions, le rôle de Moi-auxiliaire que joue le psychomotricien, elle établit la confiance comme étant centrale.

Aussi, ramener l'observation à la situation de Brice et au contexte spatio-temporel donné m'a été un levier. Cela n'a pas marché AUJOURD'HUI, mais cette accroche marchera peut-être la prochaine fois. Cet espoir s'associe à l'idée de la persévérance et de la patience.

Le fait de mettre en œuvre des moyens de rencontre me rassure. Un peu dans l'idée que « je fais ce tout ce qui est en mon pouvoir, mais tout ne repose pas exclusivement sur mon bon vouloir. »

ii. Se réjouir des choses simples

Se satisfaire des choses simples est indispensable dans l'accompagnement de Brice. J'ai rapidement vu ses potentialités positives, ses capacités relationnelles et ses ressources vraies que Caroline mettait en lumière. La difficulté a plus consisté à accepter que ce vécu soit régulièrement indirect ou à ne pas être déçue qu'il soit fluctuant ou qu'il n'y ait pas de répondant lorsque j'étais protagoniste. Mais cela laisse un espace de liberté à Brice. Accueillir simplement son état du jour, sans se remettre en question professionnellement. Petit à petit, en devenant davantage intervenante dans ce cadre, je deviens à mon tour dépositaire de ces émergences.

Ainsi l'évolution de mon propre positionnement joue énormément dans cet accompagnement. En comprenant légèrement mieux ces manifestations, je m'adapte un peu plus vite. Cela se voit dans mes progrès dans l'aménagement spatial de la salle. En clarifiant cet espace, je structure mon propre cadre interne en même temps. Le cadre externe gagne ainsi en qualité dans toutes ses dimensions, en tant que thérapeute ainsi qu'au niveau spatio-temporel et théorique. Et c'est ainsi l'ensemble du cadre thérapeutique qui contribue à s'adapter au fonctionnement de Brice. La répétition et la constance de ce cadre offre une sécurité à Brice qui permet à son espace interne de se construire le mieux possible.

Ainsi, ses regards, sourires appropriés, ses rires ou ses pressions de la main sont des manifestations précieuses. De même, l'amélioration de son investissement son côté droit en le touchant, sa capacité à se rassembler, porter ses mains à sa bouche sans s'agripper sont autant d'éléments positifs à observer.

4. Retour sur la triangulation et la construction du cadre=Processus avec du sens et des ancrages structurants

a. *Un vécu par procuration ? L'intérêt de la triangulation*

Au regard du développement psychique de Brice qui est au stade sensorimoteur, son enveloppe corporelle est encore peu élaborée et la question de la différenciation Soi/Non-soi reste prégnante. Ceci majore donc mon impression de ne pas exister lorsque nous avons été trois durant la séance, ou mon sentiment de monologue voire de solitude vécu parfois face à lui. Les difficultés ont été également inhérentes à la situation de Brice : L'intersubjectivité étant déjà complexe, la triangulation l'est d'autant plus.

Par ailleurs, le fait d'être trois a permis la dilution de mon malaise qui s'est diffracté dans cette triangulation, Brice ne recevant ainsi pas ma sidération de plein fouet. Pour lui comme pour moi, cette situation a permis ainsi une répartition des rôles. La relation a été ainsi moins « abrupte » que ce ne l'aurait été en relation duelle, le temps que je me familiarise davantage avec son fonctionnement.

b. Support de Caroline : structure essentielle du cadre tout au long des séances

Tout au long du stage, les observations cliniques et explications instructives de ma maitre de stage m'ont permis de faire des liens, de transformer des vécus bruts et non assimilables en des représentations digestibles. Cette traduction par un tiers m'évoque indéniablement la fonction alpha maternelle décrite par W.Bion. Cette élaboration me rappelle également la fonction de Moi-auxiliaire définie par R. Spitz, dont le psychomotricien peut endosser le rôle en séance afin de soutenir son patient.

Avec le recul, ces temps d'observation se révèlent constructifs. Si j'ai trouvé désagréable de me sentir figée et inactive, cette observation a néanmoins eu son intérêt, ne consistant pas uniquement en de la passivité. Ainsi C.Potel (2015) exprime « Si l'observation est un processus essentiel au travail thérapeutique, elle vient se caler dans une réceptivité polysensorielle » (p. 63) afin de qualifier la disponibilité du psychomotricien. Cette écoute s'équilibre subtilement entre « être « psychiquement » animé et en même temps « en recul », « au service de » » (*Ibid.* p.64). En effet, l'observation permet de cesser le faire. L'inactivité apparente du thérapeute renforce ainsi la valeur et la qualité de sa présence clinique. Prendre le temps de s'installer pour soi-même, puis ensuite s'installer avec l'autre. Il s'agit d'accueillir le silence, de le laisser s'installer et se laisser éprouver car il nous informe. Se précipiter pourrait être défensif, afin d'éviter toute ressemblance avec une personne en situation de polyhandicap. Cette disponibilité permet également d'affiner mon œil clinique, de relever des manifestations avec plus de précisions et de rendre les liens théorico-cliniques plus fluides. Il s'agit aussi de perfectionner ma lecture psychomotrice de Brice.

Ainsi, ce vécu par « procuration » que j'ai pu ressentir parfois n'a pas moins de valeur qu'une relation directe, mais elle est juste différente. Cela apporte une autre forme de regard et de rencontre, n'empêchant pas d'être satisfait des potentialités et des capacités de Brice en séance.

Au fond, la psychomotricité emploie des médiations qui font tiers dans la relation sans lui enlever sa valeur pour autant. Est-ce qu'une séance de relaxation effectuée au travers d'une balle est moins valide que des mobilisations effectuées par un toucher directement ? Au contraire, cela permet d'approcher le patient en douceur, de ne pas être intrusif... Et ce respect du temps a tout son sens avec Brice.

Dans l'évolution du dispositif, il est intéressant de voir que le retour à la triangulation dans la dernière période me place dans la même situation qu'initialement. Nous procédons par alternance avec ma maitre de stage, l'une s'éclipsant pour observer alors que l'autre interagit avec Brice. Mon positionnement ayant également changé, mon vécu de ce cadre s'ensuit donc radicalement différent.

Ce processus m'a permis de m'intégrer dans l'accompagnement de Brice progressivement, selon son évolution et mon rythme : me sentant plus en retrait au début et de plus en plus participative au fil de l'année. Cette évolution est indéniablement formatrice.

5. Un cheminement en cours d'élaboration et qui n'est pas achevé

a. *Ecrire*

Comme le décrit C. Potel (2015, p.208), écrire c'est « attraper, ordonner, organiser, aligner tous ces mots rêvés et pensés. Leur donner une consistance. » Cette citation illustre parfaitement ce que j'ai vécu en accompagnant Brice, avec de nombreuses pistes de réflexion et hypothèses mêlées qui ont nécessité de se clarifier graphiquement. Tout comme l'organisation spatiale en séance et le cadre externe structurent les idées ainsi que le fil de la rencontre thérapeutique. Mais l'écriture nécessite de s'installer et un temps de réflexion, écrire étant un acte qui se pose dans le calme.

C.Potel explique ainsi, « Le corps doit s'apaiser, se poser, investir l'équilibre de la lenteur et de la tranquillité. », ajoutant « ça demande du temps, du muscle, des doigts, un corps qui se pose et s'installe, des ischions solides et bien logés. Ecrire, c'est dans le corps. » (*Ibid.* p210)

Très fructueuse, cette élaboration poursuit le travail en différé, prolonge les séances en précisant leur contenu et les observations. Cela complète la prise de notes et renouvelle les liens théorico-cliniques. Ce travail retrace le parcours Brice, faisant le lien entre le passé et ses projets pour l'avenir. Ecrire est fondamental au cours de son accompagnement, comme de celui de tout patient finalement.

b. *Partenariat avec sa maman et croisement des visions*

Sa mère étant une alliée précieuse qui est particulièrement impliquée, les entretiens avec elle sont très instructifs et nous permettent de compléter notre regard sur Brice afin de mieux le connaître. A la maison, la bise de son grand frère qui rentre de l'école est un repère structurant pour lui. Tant que ce dernier ne l'a pas embrassé, Brice stoppe son activité en cours et le suit du regard. Cette régularité de l'environnement lui apporte une sécurité et soutient le plaisir de Brice à retrouver quelqu'un de connu. Etant très sensible aux musiques, Brice réagit et s'alerte au son d'un générique connu. Il manifeste également des expressions émotionnelles, nuancant ses mimiques selon la musique qu'il apprécie ou non. Brice se saisit donc du rythme omniprésent des perceptions chez lui également. Cette rythmicité lui permet progressivement d'extraire des invariants qui sont sources de représentations. Sa prise de repères observée en séance se confirme donc chez lui et se multiplierait, renforçant alors son sentiment de sécurité et ses possibilités d'évolution.

Par ailleurs, croiser les regards et les observations dans la même séance, avec d'autres professionnels selon ses activités permet de globaliser notre perception de Brice. Cette articulation est un « moyen d'avoir la vision la plus juste d'un patient psychotique incapable de se vivre dans sa globalité ». (*Ibid.*, p31)

Si cela est valable quelle que soit la pathologie du patient, établissant l'équipe comme un « ensemble de psychés mises au service de ce patient. » (*Ibid.*), cette coordination serait d'autant plus centrale dans l'accompagnement de Brice.

c. Leçon de vie et axes de progression

Accompagner un enfant en situation de polyhandicap implique de privilégier le dialogue infra-verbal qui ne signifie pas pour autant de s'affranchir du langage. Toutefois la sidération s'en mêlant, la verbalisation peut être impactée, comme cela est souvent mon cas en séance. Ayant pris conscience de cet axe d'amélioration, je suis ainsi vigilante à amplifier mes verbalisations en séance : pas seulement des commentaires pragmatiques mais communiquer davantage mes difficultés ou ce que je perçois de Brice. Cela consiste aussi à plus moduler la prosodie et mes intonations vocales pour mettre du relief et davantage solliciter son attention. Ce jeu vocal ravive et dynamise la rencontre. Ainsi Esther Bick souligne le rôle de la modulation vocale pour le rythme d'une relation humaine.

En plus d'être très réceptif à la voix pour ses aspects vibratoires, Brice semble parfois comprendre des phrases simples. Durant une séance, à la suite de la suggestion « tu peux te coucher dans la toupie si tu préfères. », il commence de s'organiser dans cet objectif par exemple.

Ainsi, C. Lheureux-Davidse (2008) souligne que « Lorsqu'un enfant autiste ne prononce pas un son, il n'est pas rare qu'il comprenne ce qu'on lui dit. » Cette capacité de compréhension verbale pourrait également être valable avec Brice.

Elle remarque également le contraste entre une mère s'émerveillant devant les mouvements de son bébé qu'elle commente énormément et la perte de cette capacité de verbalisation avec des personnes en grande difficulté relationnelle, telles que Brice. Ainsi, retrouver cette faculté d'émerveillement est indispensable dans la situation de Brice comme de tout autre sujet.

CONCLUSION

En approfondissant mes questionnements autour de Brice, mon mémoire a engagé un réel travail d'intégration psychomotrice, décrite par S. Robert-Ouvray. En partant de mon contre-transfert, tout en mêlant tensions, sensations et affects, cette réflexion m'a permis de davantage me représenter Brice afin de mieux l'accompagner. Face à l'incompréhension de son fonctionnement, la théorie et les discussions entre professionnels sont des ressources pour progresser dans cette élaboration. En m'appuyant sur les supports privilégiés du psychomotricien, ces bases s'associent à une amélioration de ma disponibilité (tonique, posturale, motrice et psychique) ainsi que de ma respiration. Ces éléments soutiennent le dialogue tonico-émotionnel et favorisent cette rencontre qui n'est pas donnée d'emblée. Je gagne ainsi en savoirs, savoir-faire et savoir-être qui sont essentiels à tout(e) étudiant(e) ou professionnel(le). L'aménagement du cadre thérapeutique s'ensuit donc amélioré. Et durant les séances, un espace archaïque d'échanges commun fondé sur des stimulations basales peut naître.

Brice enseigne l'authenticité de petites joies : une pression dans la main, l'esquisse d'un sourire ou un regard furtif, qui sont manifestés à un moment dont il garde le secret. Indirect ou non, anticipé ou surprenant, ce contact peut même survenir in extremis alors que nous nous séparons en fin de séance. Il offre toujours un témoignage de communication que j'ai appris à accepter le plus simplement possible. Il s'agit en fait de déceler ses potentialités tout en acceptant les interrogations qui émergent et les énigmes qui restent en suspens.

Le flou initial qui me sidère se réduit progressivement, sans complètement disparaître pour autant. A ce jour, je suis loin de la vision si marquante de Brice dans son verticalisateur. Dès cette première rencontre qui est teintée de sentiments étranges, j'ai néanmoins discerné sa capacité à se faire comprendre, refusant d'appuyer sur un buzzer, me laissant entrevoir comme un trait de caractère bien affirmé. Au fil des séances, un lien se tisse tout doucement ... autour d'une comptine, d'un jeu vocal, d'un balancement ou d'une vibration. Tout flux est une question de rythme finalement et nous avons vu que ce dernier constituait l'essence même de nos perceptions. Dans ses tâtonnements, même notre relation qui s'arme de patience illustre bien ce jeu de temporalité. Très enrichissante, cette rencontre m'a permis de grandir tant personnellement que professionnellement.

Celle-ci n'est pas encore achevée d'ailleurs et me promet d'autres espaces de surprise et de progression.

BIBLIOGRAPHIE

- Audoueineix, M. et Sintès, C. (2014), Intérêt de l'approche sensori-motrice dans le champ du polyhandicap, *Le polyhandicap de l'enfant à l'adulte*, Montpellier, Sauramps Medical, pp. 134-140.
- Bullinger, A. (2004). Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars. Toulouse : Erès
- Bullinger, A. (2000) Les prothèses de rassemblement. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°49, pp4-8.
- Camélio, M.C. (2006) L'enfant polyhandicapé et les aléas de la communication empathique et émotionnelle. *Dialogue*, n°174, pp63-73
- Dumet, N (2004) Le corps du thérapeute : lieu d'actualisation transféro-contre-transférentiel *Filigrane*, volume 13, numéro 2, pp 81-95
- Frohlich, A. (2000) La stimulation basale. Avancer ensemble dans la réalité sensorielle du monde. Disponible en ligne http://www.stimulationbasale.fr/docperso/files/bibliographie/LA_STIMULATION_BASALE.pdf
- Georges-Janet, L. (2002). Le Polyhandicap. *Déficiences motrices et situations de handicaps*. En ligne http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/polyhandicap_LGJ_218-231.pdf
- Golse, B. (2004) Du corps, des formes, des mouvements et du rythme comme précurseurs de l'émergence de l'intersubjectivité et de la parole chez le bébé. Disponible en ligne sur http://www.gercpea.lu/textes_livres/start_BGolse_VDesjardins_intersubjectivite.htm
- Grim, O. (2000). Du monstre à l'enfant. Paris : CTNERHI
- Guittet, A. (2008). L'entretien : Techniques et pratiques (7è éd.). Paris : Armand Colin.
- Haag, G. (1996). Stéréotypies et angoisse. pp209-225
- Hall E. T., (1966), La dimension cachée, Paris, Points, 2014.
- Hamon, Y. Projet et polyhandicap: expression d'un projet pour l'autre, expression d'un désir pour l'autre En ligne <http://apfformation.blogs.apf.asso.fr/media/00/00/1097409217.pdf>
- Korff-Sausse S., (2011), Le miroir brisé, l'enfant handicapé, sa famille et le Psychanalyste. Paris : Fayad/Pluriel
- Laplanche J. & Pontalis J.-B., (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2004.
- Lesage, B. (2000) Polyhandicap, des barrières à l'entendement. *In Les Cahiers de l'Actif*, n°286/287
- Lheureux-Davidse, C. (2008) Jouer avec les mouvements, les vibrations et les rythmes dans l'émergence de la voix.
- Martin, M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. Disponible en ligne <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-103.htm>

- Morel, S. et Pinel, J-P. (2001). Psychose et institution : défenses paradoxales, antiprocessualité et originaire évidé. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 36, pp. 133-145. Disponible en ligne <http://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2001-1-page-133.htm>
- Munoz, G. (2002). Quand la rencontre ne va pas de soi... *Thérapie Psychomotrice*, n°133
- Munoz, G. (2010) « La petite sirène » : d'une figure du monstre à un espace de rêverie dans le soin psychomoteur. *Thérapie psychomotrice*, n°164, pp86-93
- Petitpierre, G. et Scelles, R. (2013). Polyhandicap : processus d'évaluation cognitive. Paris : Dunod
- Potel, C. (2015). Du contre-transfert corporel. Une clinique psychothérapique du corps. Toulouse :Erès. pp 65-69, 111-119
- Prayez P., (2009), Distance professionnelle et qualité du soin, Rueil-Malmaison, Lamarre, 1ère éd. 2003.
- Rossello, J.J. (1999).Esmeralda, Quasimodo, de l'enfant imaginaire à l'enfant réel monstrueux. *Handicap- Revue de sciences humaines et sociales*, n°84, pp 1-21
- Vasseur, R (2000) Importance des aspects biomécaniques et des points d'appui posturaux dans la genèse de l'axe corporel. *Enfance*, pp221-234

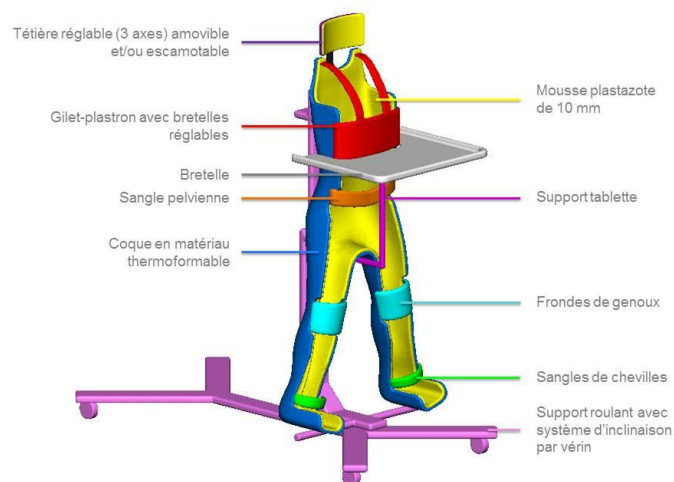
ANNEXES

Annexe 1 : La pyramide des besoins de Maslow



https://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide_des_besoins#/media/File:Pyramide_des_besoins_selon_Abraham_Maslow.png

Annexe 2 : Attelle de Station Debout, telle que celle dont dispose Brice



<http://www.opg19.fr/pages/lightbox/position-debout.html>

Annexe 3 : Attelle suro-pédieuse, telle que celles dont est équipé Brice sur ses deux pieds.



<http://images.google.fr/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.orthotech-net.fr%2Ffiles%2F3713%2F1771%2F4819%2Fbottes-rigides-posterieures.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.orthotech-net.fr%2Ffr%2Fcatalogue-produits%2Fles-bottes-de-soutien-ou-de-correction-du-pied%2Fbottes-rigides-posterieures>

Annexe 4 : Pont tel que celui utilisé en séance



<http://fr.wesco-eshop.be/motricite-et-sport/psychomotricite-0-3-ans/33610169-babimodules-babi-arche-wesco.html>

Annexe 5 : Toupie telle que celle employée en séance



http://www.casalsport.com/toupie-geante_9894-10-100-1-p.r.htm

Quand la relation ne va pas de soi dans l'accompagnement du polyhandicap. La psychomotricité comme guide pour construire un espace de rencontre infra-verbal

La rencontre dans l'accompagnement du polyhandicap provoque un sentiment d'étrangeté, des difficultés d'identification et de la communication. S'associant à de la sidération et au sentiment d'être démuné, cette rencontre est source de questionnements. Le rôle du psychomotricien est de dépasser ces obstacles et ces émotions. En s'appuyant sur son contre-transfert et en aménageant le cadre thérapeutique, il peut s'ancrer sur des bases théoriques, des stimulations basales et des appuis corporels, permettant de trouver une aire archaïque d'échange commune. En dosant l'équilibre sensori-tonique, il ouvre un espace de rencontre qui soit favorable à l'évolution de son patient. Cette rencontre est très enrichissante.

Mots-clés: Polyhandicap, sensorimotricité, sidération, dialogue tonico-émotionnel, contre-transfert corporel, aire archaïque d'échanges commune, cadre thérapeutique, rencontre, stimulations basales, appui-dos, Equilibre sensori-tonique

The unstraightforwardness of the relationship in the multiple disabilities coaching. The psychomotricity as a guide to build an infra-verbal meeting area.

The multiple disabilities coaching brings a strangeness feeling and some identification and communication issues. It's a questioning source which links the astonishment and the powerless feeling. A psychomotrician is supposed to surpass those difficulties and feelings. He can use his counter-transference and adapt the therapeutic context to progress with the theory, the basal stimuli and the body support in order to get a primitive area of common exchange. Measuring out the sensoritonic balance leads him to open a positive meeting area for the patient. This is a really rewarding meeting.

Keywords: multiple disabilities, sensori-motor, astonishment, tonic dialogue, counter-transference, primitive area of common exchange, therapeutic context, meeting, basal stimuli, body support, sensori-tonic balance