



HAL
open science

Respirer dans une "maison de paille", un regard psychomoteur porté sur la respiration de l'enfant polyhandicapé

Marie Aupiais

► **To cite this version:**

Marie Aupiais. Respirer dans une "maison de paille", un regard psychomoteur porté sur la respiration de l'enfant polyhandicapé. Psychologie. 2018. dumas-01835576

HAL Id: dumas-01835576

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835576>

Submitted on 11 Jul 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Respirer dans une « maison de paille »

**Un regard psychomoteur porté sur la respiration
de l'enfant polyhandicapé**

AUPIAIS Marie

Née le 08/02/1994 à Saint-Nazaire (44)

Directeur de Mémoire : Céline CHIGNAGUET

Mai 2018

REMERCIEMENTS

L'aboutissement de ce mémoire est pour moi l'opportunité de remercier toutes les personnes qui ont partagé, enrichi et soutenu sa réalisation. Bien au-delà, il me permet de remercier ceux auprès de qui j'ai évolué dans mon identité professionnelle et personnelle.

À Céline Chignaguet, ma maîtresse de mémoire, et à mes maîtres de stage, pour leur disponibilité, leur bienveillance, et ces riches moments d'échange et de réflexion. Merci tout particulièrement à Céline et Marion pour leur présence, leurs encouragements et leurs précieux conseils tout au long de l'année.

À tous les professionnels qui ont croisé mon chemin pour leur accueil et leur confiance. À tous les patients rencontrés.

À Marlène Ligneau, ma tutrice de service civique, pour son accompagnement dans cette riche expérience et pour avoir encouragé ma réussite.

À Christelle, Constance et Julie pour leurs nombreuses relectures. À mes parents, ma sœur, Matthias et tout mon entourage pour avoir cru en mes choix, en mes capacités et pour m'avoir épaulée dans cette expérience. À Léon pour sa générosité. À mes amis.

À toutes ces personnes, un grand merci !

AVANT-PROPOS

« Il était une fois... trois petits cochons qui vivaient avec leur maman dans une petite maison. Un jour, la maman appela ses trois fils et leur dit qu'elle ne pouvait plus les élever parce qu'elle était trop pauvre. La maman embrassa ses trois petits cochons et leur dit au revoir les larmes aux yeux.

Ils s'en allèrent de chez eux, construire leur maison.

Le premier petit cochon rencontra un homme portant une botte de paille. " Puis-je avoir un peu de paille pour construire ma maison ? " demanda le petit cochon. Et l'homme lui donna de la paille.

[...]

Les trois petits cochons rentraient joyeusement chez eux quand le loup les aperçut. " Comme ils doivent être tendres! Lequel vais-je manger en premier ? Je vais commencer par le petit cochon dans la maison de paille! "

Il frappa à la porte.

- *Petit cochon, gentil petit cochon, je peux entrer?*
- *Non, Non! Par le poil de mon menton !*
- *Alors, je vais souffler et ta maison s'envolera!*

Le loup gonfla ses joues, souffla, souffla de toutes ses forces, et la maison de paille s'envola. »

[...]

Ce conte des trois petits cochons nous permet de commencer avec une certaine image du corps qui respire. Celle d'une maison du corps peu solide, « en paille », prête à s'envoler au moindre coup de souffle. **Ne souffle pas trop fort dehors... Ne souffle pas trop fort dedans... Ou tout vole en éclat !**

SOMMAIRE

Remerciements	1
Avant-propos	2
Sommaire	3
Introduction	4
I - L'enfant porteur de polyhandicap	7
1. De l'histoire du polyhandicap vers une (ou des) définition(s).....	7
2. Description du polyhandicap.....	11
3. Habiter son corps : la continuité d'existence, un préalable	16
II - Respirer pour exister	29
1. La respiration, une fonction vitale.....	29
2. La respiration, une fonction continue de l'ensemble du corps.....	36
3. La respiration comme support.....	44
Récapitulatif des hypothèses	51
III - La respiration dans la prise en soin psychomotrice	52
1. La psychomotricité auprès de l'enfant polyhandicapé	52
2. La respiration : de son aspect vital à sa prise en compte en psychomotricité.....	60
3. Des rencontres... Alice !.....	71
Conclusion	87
Annexes	89
Glossaire	91
Références bibliographiques	92
Table des matières	96

INTRODUCTION

Respirer, qu'est ce que cela vous évoque ?

La vie ou la mort ? En fonction du vécu que nous en avons, de notre propre vécu corporel ou de celui d'autrui qui résonne en nous, notre représentation se colore plus ou moins sur un versant ou un autre. Ainsi d'une personne à une autre, des affects très variés peuvent être associés à la respiration : vie, calme, sérénité, détente, énergie, joie, plaisir, surprise, fatigue, agitation, culpabilité, peur, anxiété, angoisse, mort.

De nos jours nous entendons de plus en plus parler de la **respiration pour mieux-vivre au quotidien**. Ainsi nous le retrouvons dans les titres d'actualités comme « *Méditation et respiration, le bon cocktail pour réduire l'hypertension* » ou « *Le bon réflexe détente : mieux respirer pour s'apaiser* » ou encore « *Apprendre à gérer le stress par la respiration* ».

Depuis quelques années nous observons un engouement pour des pratiques corporelles qui prennent appui sur la respiration comme le yoga ou la méditation de pleine conscience. Pour ma part c'est dans un **travail corporel Peerboom**, nom emprunté à sa créatrice Hilde PEERBOOM, que j'expérimente la respiration dans son aspect agréable de mieux-vivre. Au cours de ma deuxième année de psychomotricité, je pratique ce type de travail corporel à raison d'une fois par semaine dans le but de le découvrir. Il s'agit d'une approche du développement de la conscience corporelle pour donner sens à toute l'expressivité du corps. Ce travail en petit groupe (six ou huit personnes) commence par des propositions d'ancrage au sol par la prise de conscience de sa respiration, des touchers ou une verbalisation. Progressivement au cours de la séance, l'élève est amené à travailler debout dans un mouvement dansé avec des jeux de transfert d'appui. Ce travail passe par la prise de conscience de la respiration car comme le dit Hilde PEERBOOM, « *Tout est contenu dans la reconquête de l'acte respiratoire* » (Peerboom, cité par Garros et Masse sur leur site internet). Ainsi, des temps de travail *avec* et *sur* la respiration sont proposés. Il ne s'agit pas « d'apprendre à respirer » mais **de sentir et de prendre conscience de son corps par la respiration**.

Avec du temps et la répétition des exercices, je parviens à atteindre des respirations profondes sans les forcer. Comme une vague, ma respiration s'étend progressivement dans tout mon corps. **Je respire de la tête jusqu'aux pieds**. Mes sens s'éveillent, je ressens mon tonus diminué lentement et des fourmillements apparaître. À ce moment là, je me sens particulièrement présente et à l'écoute de mon corps. **Je me sens particulièrement là, ici et maintenant**.

Cette expérience personnelle de la respiration a sûrement orienté mon regard lors de mes stages en psychomotricité et d'autant plus sur mon stage de troisième année. Celui-ci se déroule dans un Jardin d'Enfants Spécialisé (JES) de type Institut d'Éducation Motrice (IEM). Cet établissement accueille des enfants porteurs de polyhandicap de leur naissance jusqu'à leur dix ans. En réalité il intègre également des enfants plus âgés en attente d'orientation vers un autre établissement.

Ces enfants m'ont très vite marquée dans leur manière de vivre leur corps. Ou du moins, ils m'ont troublée à la fois par ce qu'il donne à voir mais aussi par ce que cela réveille en moi : un corps fragile, morcelé, imprévisible. C'est ainsi que **l'image de la maison du corps « en paille »** m'est venue. **Ce corps ne semble pas suffisamment solide, stable et contenant pour que l'enfant puisse le vivre.** D'ailleurs, ces enfants me donnent plus l'impression d'être bloqués dans leur corps que de le vivre. Bloqués, tout comme leur respiration l'est. **Leur corps est-il trop fragile pour qu'il puisse y respirer ?** Surprise par le « manque d'air » ou de « souffle » observable chez certains enfants (bruit, agitation du thorax, tremblement...), je remarque chez d'autres, toute la discrétion de leurs mouvements respiratoires. Le silence de leur respiration m'amène parfois à me demander si quelqu'un habite cette maison du corps qui semble si fragile. **« Respire-t-il ? (sous entendu, vit-il ?)... Oui, il me regarde... Mais alors, où est ce qu'il respire ? ».** Pour d'autres cette respiration est plus visible. Elle semble affolée et en panique. Elle donne l'impression qu'à tout moment quelque chose pourrait arriver, qu'à tout moment l'urgence vitale pourrait être évoquée.

Ces premières observations de l'enfant porteur de polyhandicap et de sa respiration m'ont amenée à plusieurs questions : comment l'enfant peut-il investir son corps à « bout de souffle » ? Comment pourrait-il vivre sa respiration plus sereinement ? Et ne pourrait-elle pas être un appui pour qu'il ressente la solidité et l'unité de son corps ?

Ces questions sans réponses ont constitué l'émergence de la problématique suivante :

Comment le psychomotricien peut-il, en s'intéressant à la respiration de l'enfant polyhandicapé, le soutenir dans la construction d'une maison du corps plus solide pour l'habiter ?

Pour tenter d'y répondre, je m'appuierai sur les hypothèses suivantes :

- * La respiration de l'enfant porteur de polyhandicap est source d'angoisse pour lui et ses proches. Le psychomotricien pourrait par son regard, le soutenir dans ce vécu du corps difficile.
- * La respiration est en lien avec le vécu émotionnel. Sa prise en compte en psychomotricité soutiendrait le sentiment d'un corps en relation et donc l'émergence d'un Moi et d'un non-moi, l'autre.
- * Amener à une respiration profonde en séance psychomotrice, favoriserait l'éveil des sens, la présence à soi, l'écoute de son corps et ainsi son appropriation.
- * La respiration alterne des mouvements de flexion et d'extension. Le psychomotricien pourrait par le biais de la respiration, soutenir l'enfant dans la prise de conscience de son axe corporel, essentiel au sentiment de Soi.
- * La prise de conscience de la respiration en psychomotricité, étant une fonction continue de l'ensemble du corps, favoriserait le sentiment de la permanence du corps dans son unité et ses limites, d'un corps à moi.

Afin de répondre à ce questionnement, je commencerai par contextualiser le polyhandicap et le définir pour expliquer comment il compromet l'appropriation du corps par le sujet. Ensuite j'aborderai la respiration dans son aspect vital avant de montrer son intérêt pour être au monde. Puis dans une dernière partie, je proposerai d'articuler psychomotricité, respiration et polyhandicap à partir de mon expérience de stage.

I - L'ENFANT PORTEUR DE POLYHANDICAP

« Le polyhandicap n'est pas un accident qui affecterait un individu par ailleurs indemne. [...] le polyhandicap engendre véritablement **une manière d'être au monde, une et originale**. L'être humain polyhandicapé est, pourrait-on dire, tout entier handicapé ; non pas pour insister de manière péjorative sur la gravité de son état, mais pour nous engager résolument sur la voie de la reconnaissance de son droit à une **existence originale**. Ces personnes (nous) inquiètent, (nous) dérangent, (nous) déconcertent autant qu'elles (nous) attirent, (nous) fascinent, (nous) questionnent. »

(Georges SAULUS, 1989, cité dans *La personne polyhandicapée. Son évaluation et son suivi*, sous la direction de Dalla Piazza Serge et Godfroid Bénédicte, 2004, p17)

C'est G. SAULUS qui nous donne la direction de cette première partie. En effet, après avoir expliqué l'histoire du polyhandicap et de sa reconnaissance, nous verrons en quoi il amène à une « **manière d'être au monde, une et originale** ».

1. De l'histoire du polyhandicap vers une (ou des) définition(s)

Depuis l'apparition relativement récente du terme polyhandicap, cette notion ne cesse d'être repensée et remaniée. La subtilité est de trouver une définition **à la fois suffisamment précise**, qui permette de cibler les besoins spécifiques des personnes porteuses de polyhandicap et les moyens médicaux, éducatifs et sociaux les plus adaptés pour y répondre ; et **à la fois suffisamment large**, pour ne pas restreindre le polyhandicap à sa forme la plus profonde (Zucman, 1998).

Il me semble important de reprendre l'histoire du polyhandicap pour comprendre ce qu'il en est aujourd'hui.

1.1. Historique

Dans les années 1950-1960, le discours des médecins met en évidence la problématique des enfants « **encéphalopathes** » ou dit « **arriérés profonds** »¹, pour qui rien n'est proposé car « *il n'y a rien à faire* » (Zucman, 1998, p.12). En effet, considérés comme des enfants à mourir et non à guérir, aucune structure n'est pensée et adaptée à leur accueil et leur prise en soin.

Il faudra attendre la création, en 1965, d'un Comité d'Études et de Soins aux Arriérés Profonds (CESAP) pour que les premiers établissements spécialisés soient mis en place. Parmi les pédiatres et psychiatres qui forment le CESAP, nous retrouvons les grands noms de ceux qui ont marqué l'histoire du polyhandicap : comme celui d'E. ZUCMAN à qui nous devons l'émergence du terme « **polyhandicap** » en 1969, ou bien celui de C. LAUNAY qui a insisté sur l'importance de la pluridisciplinarité pour répondre aux handicaps multiples. À la même période, Pr. FONTAN met en évidence l'origine lésionnelle et précoce du polyhandicap en proposant le terme de « **polyhandicap grave congénital** ».

La reconnaissance des personnes porteuses de polyhandicap se fait progressivement au niveau politique. En 1975, les lois d'orientation en faveur des personnes handicapées et sur les institutions sociales et médico-sociales prévoient le droit de soins et d'éducation à toute personne en situation de handicap et le devoir des professionnels de faire de la recherche sur les pratiques.

En 1984, en réponse à une demande du ministère de la Solidarité, un groupe de travail réuni par le Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) et dirigé par E. ZUCMAN, distingue trois catégories dans le **multihandicap** :

- Le « **plurihandicap** » décrit l'association « *fortuite* » d'au moins deux handicaps avec maintien des capacités intellectuelles (Saulus, 2008).
- Le « **surhandicap** » est caractérisé par un handicap lourd auquel s'ajoutent des troubles du comportement
- Le « **polyhandicap** » comprend un handicap grave à expressions multiples, associé à une déficience mentale profonde et une restriction extrême de l'autonomie.

¹ Termes utilisés jusqu'à l'apparition du néologisme « polyhandicap »

De là en découlent des textes réglementaires : la circulaire du 6 mars 1986 qui élargit ce terme en y incluant la notion de handicap moteur, et qui précise la reconnaissance d'un handicap unique ; et la refonte de l'annexe XXIV ter par décret du 29 octobre 1989 qui détermine les conditions spécifiques d'agrément des établissements chargés de l'accueil, de l'éducation et du soin des personnes porteuses de polyhandicap (Juzeau, 2010).

1.2. Des définitions

L'annexe XXIV ter amène à une **première définition officielle**. Ainsi, sont reconnus comme porteurs de polyhandicap :

*« Les enfants ou adolescents présentant **un handicap grave** à expression multiple associant **déficiences motrice et déficiences mentale sévère ou profonde** et entraînant une **restriction extrême** de l'autonomie et des possibilités de perception d'expression et de relation. Ce polyhandicap nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale. »* (Annexe XXIV ter, 1989)

Cependant, celle-ci montre très vite des limites. Elle apparaît comme trop restrictive et amène à un regard négatif du polyhandicap, ce qui a pour conséquence : une « *sur-ségrégation* » d'une population très dépendante et une « *désaffection* » des professionnels (Zucman, 1998).

Pour répondre à cette problématique, le CTNERHI propose une nouvelle définition, en 1993 :

*« Association de **déficiences graves** avec retard mental moyen, sévère ou profond (au sens de l'OMS : $QI < 50$) entraînant des **incapacités diverses** et intriquées qui appellent des réponses individualisées. Les personnes polyhandicapées, du fait de leur **restriction d'autonomie**, nécessitent des aides humaines proches et permanentes, et souvent des aides techniques individuellement adaptées »* (Zucman, 1998 p.2)

Celle-ci s'adapte aux concepts de l'époque définis dans la Classification Internationale du Handicap (CIH) et adoptés par l'Organisation Mondiale de la Santé (déficience, incapacité et désavantage).

Elle admet au handicap une dimension évolutive en fonction de la qualité de l'environnement (soins, interaction avec l'entourage...). Ainsi, elle précise la nécessité primordiale d'un accompagnement individualisé.

Soulignons qu'à la même période, G. SAULUS théorise « ***l'approche structurale du polyhandicap*** ». Il admet qu'il n'est pas une simple juxtaposition des troubles, mais un « *tout formé de l'association de déficiences et d'incapacités solidaires, telle que l'expression de l'une dépend des autres et ne peut être ce qu'elle est que dans et par son rapport avec les autres* » (Saulus, 2008, p.160). Les déficiences et incapacités ne s'additionnent pas, elles se multiplient. Là, en est toute la difficulté à délimiter le polyhandicap.

1.3. De nos jours...

Les années 2000 marquent un début de changement de regard porté sur le handicap.

G.PONSOT s'appuie sur la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la Classification Internationale du Fonctionnement, de la Santé et du Handicap, pour situer le polyhandicap à l'intrication de trois facteurs : les facteurs liés à **l'altération des fonctions et les incapacités** qui en résultent, les facteurs liés aux **ressentis du sujet** et les **facteurs environnementaux**. Ainsi le handicap n'est plus considéré comme seulement dû à des causes personnelles mais aussi dépendantes de la qualité de l'environnement (Ponsot, 2017).

Depuis à peine un an, une **nouvelle définition réglementaire** de la personne porteuse de polyhandicap est donnée dans le décret 2017-982 du 9 mai 2017, relatif à *la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Elle reprend et officialise la définition adoptée par le Groupe Français du Polyhandicap en 2002 :

*« Présentant un dysfonctionnement cérébral **précoce** ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence **de graves perturbations à expressions multiples et évolutives** de l'effcience motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain, et une **situation évolutive d'extrême vulnérabilité** physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des **signes de la série autistique**. »* (Légifrance, 2017).

Cette définition est plus « souple ». Elle ne situe pas précisément le niveau de déficience cognitive. Elle prend en compte **la non-fixité du polyhandicap et y inclut les troubles autistiques**.

Même si les limites du polyhandicap questionnent toujours, retenons que le polyhandicap est maintenant considéré. Il n'est plus vu comme une fin en soi, mais comme le début d'une vie particulière.

Maintenant que nous avons vu que le polyhandicap est une particularité de la personne et qu'il ne constitue pas son identité, je m'autoriserai dans le but de simplifier la lecture, à utiliser le terme maladroit « personne polyhandicapée ».

2. Description du polyhandicap

2.1. Cadre général

▪ **Épidémiologie**

La pauvreté des données épidémiologiques du polyhandicap s'explique par une histoire relativement récente. Les études existantes tendent à montrer que le polyhandicap concerne une partie non négligeable de la population. Ce n'est pas un handicap rare. Les études de M. RONGIÈRES (2001) indiquent que 2 enfants sur 1000 sont porteurs de polyhandicap (Dalla Piazza et Godefroid, 2004). Elles comprennent les formes congénitales, péri- et post-natales. En 2017, G. PONSOT estime que les seules données fiables sont celles du polyhandicap congénital, qui correspondent à 0,4 - 0,5 pour 1000 naissances.

Les progrès dans le suivi, le soin et l'accompagnement des personnes polyhandicapées amènent à une augmentation de l'espérance de vie qui est aujourd'hui d'environ 50 ans (Ponsot, 2017).

▪ Étiologie

Comme précisé dans la définition, le polyhandicap advient suite à une lésion organique ou fonctionnelle précoce (avant l'âge de deux ans). Il peut être la conséquence :

- d'une **cause prénatale** : malformative, génétique, vasculaire, infectieuse, toxique, embryopathie...
- d'une **cause périnatale** : souffrance fœtale aiguë, anoxie, arrêt cardiaque...
- **être acquis** : manœuvre traumatique (le syndrome du bébé secoué, traumatisme crânien), intoxication, méningite, encéphalite...

80% des situations de polyhandicap sont dues à des causes congénitales. Cependant, pour environ 10% des personnes polyhandicapées, l'étiologie reste inconnue (Ponsot, 2017).

2.2. Sémiologie

L'objectif de cette partie n'est pas de dresser un tableau noir du polyhandicap mais d'apporter un regard attentif sur les spécificités des personnes polyhandicapées, pour comprendre leur manière d'être au monde.

Afin de simplifier la description des signes cliniques, je vais aborder chacun des troubles séparément sans oublier qu'ils sont tous en relation les uns des autres.

▪ Troubles des fonctions physiologiques de base

Même si les troubles somatiques sont considérés comme secondaires au polyhandicap, il me paraît pertinent de les traiter en premier. Car comme A. MASLOW l'a montré dans la « *pyramide des besoins* » [cf. annexe 1], les besoins physiologiques (respiration, température, alimentation, élimination, sommeil...) sont à **la base de tout** (Zucman, 1998).

La **respiration** de la personne polyhandicapée peut être perturbée du fait de la faiblesse des muscles respiratoires, des déformations thoraciques et des encombrements bronchiques. Ces troubles ont des conséquences sur l'oxygénation du cerveau et peuvent ainsi engager le pronostic vital.

Des troubles **alimentaires** sont aussi observés. L'ingestion d'aliment et la déglutition sont souvent difficiles, responsables des fausses routes. Une des solutions parfois nécessaire est la gastrostomie. La digestion peut être compliquée par des reflux gastro-œsophagiens, une œsophagite, ou encore des ulcères.

L'**élimination** peut être bloquée, par exemple dans le cas d'une spasticité*² de la vessie. Ou encore, la faiblesse de la ceinture pelvienne, la déshydratation, le manque d'exercice et certains médicaments peuvent être responsables de constipation.

Le **rythme veille/sommeil** est décalé en cause de douleurs, de crises épileptiques, d'apnée du sommeil...

Nous pouvons maintenant aborder les difficultés principales, à savoir les déficiences motrices, intellectuelles et sensorielles mais aussi l'épilepsie et la communication.

▪ Les déficiences motrices

La déficience motrice se définit comme « *l'absence pour un individu d'agir sur son environnement physique* » (S. Dalla Piazza et B. Godefroid, 2004, p.27). Elle est le trouble le plus visible dans le polyhandicap.

Le trouble moteur peut se traduire par une **paralysie**. Il existe trois formes : l'hémiplégie, la paraplégie ou la tétraplégie. Si le déficit moteur est partiel, alors le terme de **parésie** est utilisé.

La **régulation tonique par les centres nerveux fait défaut**. La personne polyhandicapée interpelle par ses mouvements involontaires, incoordonnés et irréguliers, regroupés sous le terme de l'athétose. Elle peut aussi surprendre par la rigidité de son corps ou la spasticité, ce qui restreint ses possibilités de mouvement et entraîne une déformation du corps. Le **défaut postural** peut également être le résultat d'une dystonie, d'une rétraction musculaire ou d'une hypotonie. La **motricité volontaire** peut aussi être parasitée par des apraxies, ou des malformations congénitales ou acquises. De plus, certains **réflexes archaïques** persistent.

² Le symbole * signifie que le terme est défini dans le glossaire.

L'ensemble de ces troubles ont un point commun : leur évolutivité. Malgré les traitements de suivis, ils ont tendance à s'aggraver et se compliquer au cours de la croissance. Ils causent des **complications orthopédiques** : luxations, déformations, scoliozes... D'ailleurs le recours à des **appareillages** (attelles, sièges coques, corsets, verticalisation*...), est souvent nécessaire pour maintenir ce corps « qui ne tient pas » ou corriger des postures pathologiques.

L'ensemble des difficultés motrices, restreint la personne dans ses possibilités d'expériences sensori-motrices, qui sont essentielles au développement cognitif. La déficience motrice ne crée pas la déficience intellectuelle, mais elle l'aggrave.

- **La déficience intellectuelle**

La définition officielle du polyhandicap en 2017 ne précise pas le degré de la déficience intellectuelle. Nous pouvons admettre, en nous appuyant sur la pratique et sur les spécificités des personnes accueillies en structures spécialisées, que la déficience intellectuelle dans le polyhandicap correspond à un retard mental modéré, sévère ou profond, c'est-à-dire un Quotient Intellectuel (QI) inférieur à cinquante.

L'intelligence comprend les aspects **cognitif et social**, et les **comportements adaptatifs**. Ainsi sa déficience se traduit par des limitations dans les domaines suivants : la communication, l'orientation temporo-spatiale, la mémorisation, l'autonomie, la pratique de loisirs, la capacité à prendre soin de soi, la scolarité et le travail (Dalla Piazza et Godefroid, 2004).

Le **langage verbal est limité**. Pour ceux qui y accèdent, ils utilisent un vocabulaire simple, prononcent quelques mots ou phrases courtes. Pour les autres, la mise en place d'un langage substitutif est nécessaire.

- **Épilepsie**

L'épilepsie, aussi appelée état de mal convulsif, correspond à une activité neuronale désorganisée et intensive. Elle touche près de la moitié des personnes polyhandicapées. Malgré les possibilités de traitement, elle reste difficile à équilibrer pour certaines personnes.

La crise d'épilepsie peut être partielle ou générale et se manifeste de différentes façons : par des **mouvements tonico-cloniques**, des **spasmes**, des **absences**, des **chutes de tonus**... La fatigue, le stress, les émotions violentes ou encore les stimulations sensorielles excessives accentuent la survenue des crises.

▪ Les troubles sensoriels

Le polyhandicap atteint aussi la personne dans sa sensorialité. Le **trouble visuel** touche 40% des personnes polyhandicapées qu'ils s'agissent de troubles de la perception (strabisme, myopie, amblyopie...) ou de troubles d'intégration corticale (cécité corticale...) (Dalla Piazza et Godefroid, 2004). Les **troubles auditifs**, de la **sensibilité tactile ou profonde** sont plus rares et difficiles à évaluer. De plus, les seuils de sensibilité peuvent se situer dans des extrêmes allant de **l'hypo-** à **hypersensibilité**.

D'une manière générale, l'ensemble des troubles sensoriels créent un isolement sensoriel qui peut expliquer certains troubles du comportement (stéréotypies, auto-agressivité, repli psychotique, surcharges autistiques...).

▪ Communication et relation

Les troubles sensoriels, perceptifs, gnosiques, de la commande des organes phonatoires ou respiratoires, ou les difficultés motrices en général associés à la déficience intellectuelle perturbent la communication entre une personne polyhandicapée et autrui (Dalla Piazza et Godefroid, 2004).

Comme le dit B. LESAGE, « *Les repères habituels, les codes de communication qui nous permettent de décrypter, d'anticiper, de répondre, ne sont plus valides. Il faut trouver autre chose qui [...] nous permette d'aménager la rencontre.* » (Lesage, 2000, p.93) C'est essentiel pour que la personne puisse nous communiquer ses ressentis, ses envies, son inconfort, sa douleur... C'est essentiel pour qu'elle puisse comprendre ce qui se passe. C'est essentiel pour qu'elle puisse « être » dans la relation à soi, à autrui et à l'environnement.

La communication peut être soutenue par des **codes de communication** comme les photos, les signes ou les pictogrammes. Mais elle est avant tout « **infra-verbale** », elle passe par le corps : les mimiques, la posture, la voix, le regard...

L'entourage se doit d'être sensible à tous les messages que lui communique la personne polyhandicapée, de prendre le temps de les écouter, de les comprendre et d'y répondre.

Léo (10 ans), sur le groupe

Je me rends sur le groupe pour accompagner Léo, que je suis depuis quatre mois, à sa séance de balnéothérapie. À mon arrivée, les photos des deux professionnelles qui encadrent la séance lui sont présentées. Il marque un temps avant de pouvoir me regarder, peut être le temps nécessaire pour qu'il puisse intégrer ce premier message. Son regard m'interroge, il semble inquiet. Il exprime une incompréhension entre le premier message et ma présence. Je me demande s'il me reconnaît. Après lui avoir expliqué avec des mots simples, j'attends sa réponse.

Léo semble avoir besoin de ce temps pour communiquer.

D'une personne à une autre, les manifestations cliniques varient dans leur intensité, leur fréquence et leur évolution, mais aussi dans la façon dont elles sont vécues et ressenties par le sujet. Chaque individu est unique. **Chacun a sa manière d'être soi-même.**

Il semblerait que « **être soi-même** », ne soit pas une évidence pour la personne polyhandicapée. Nous avons vu que le polyhandicap advient dans les premiers temps de vie. Or à la naissance, le bébé n'a pas conscience qu'il est un être unique et différencié. C'est grâce à ses premières expériences avec autrui et son environnement, que l'enfant prend conscience de **son** corps. Progressivement il se l'approprie, pour ensuite l'habiter pleinement. **Mais qu'en est-il de l'enfant polyhandicapé, qui depuis son plus jeune âge, semble grandir dans un corps qui lui échappe ?**

3. Habiter son corps : la continuité d'existence, un préalable

À sa naissance, celui qui jusque là n'a connu que le cocon utérin de sa mère, se trouve plongé dans un monde de « **bombardement sensoriel** » (Bullinger, 2007). Chaque expérience est vécue comme un flash soudain et intense qui le tiraille et le transperce. Son sentiment même d'être, est sans cesse bouleversé. La structuration du Moi repose, selon D. W. WINNICOTT sur l'intégration d'un « **sentiment continu d'existence** ».

E. PIREYRE, reprend ce terme et propose de le définir comme « *la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace. C'est une sorte de sécurité interne qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours " le même " »* » (Pireyre, 2015, p.53).

Ce sentiment, à la base de toute histoire, s'acquière dans les premiers mois de vie de l'enfant. Cependant, il peut être non-acquis ou défaillant (Pireyre, 2015). Après avoir expliqué comment il se construit, nous montrerons qu'il peut faire défaut chez l'enfant polyhandicapé.

3.1. La continuité d'existence selon les auteurs

- **« Mais un bébé, cela n'existe pas ! », D. W. WINNICOTT**

Dans ses écrits, D. W. WINNICOTT ne s'intéresse qu'au rôle de la mère, ce qui s'explique par une théorie datant des années 1960. Afin de l'actualiser, nous admettrons que le terme « mère » comprend l'environnement parental dans son ensemble.

Par son expression « ***Mais un bébé, cela n'existe pas !*** », D. W. WINNICOTT insiste sur le couple indissociable mère-nourrisson (Ribas, 2003). L'objet parental va jouer un rôle essentiel dans l'intégration des premières expériences du nourrisson, les reliant entre elles en un tout contenant et sécurisant qui est son corps.

Selon lui, la future mère développe une condition psychologique particulière à la fin de sa grossesse qui perdure pendant les premiers mois de vie de son enfant. Il la nomme : « ***préoccupation maternelle primaire*** ». La mère, hypersensible, se décentre d'elle-même pour se laisser habiter quelque temps par son enfant (Ribas, 2003). Sur cette même idée, C. POTEL écrit : « *La mère ressent dans son corps (et pas seulement dans sa tête) les besoins de son bébé, elle donne un sens à ses pleurs, ses regards, ses gestes les plus infimes.* » (Potel, 2010, p.76). Ainsi elle s'adapte parfaitement à ses besoins, ce qui est essentiel pour que le nouveau-né éprouve une continuité avec la vie intra-utérine.

D. W. WINNICOTT décrit trois fonctions maternelles au cours desquelles le nourrisson fait l'expérience de son unité et nourrissant ainsi un « **sentiment continu d'exister suffisant** » (Ribas, 2003) :

- Le « **holding** » regroupe l'ensemble des soins maternels qui soutiennent, maintiennent et portent, physiquement et psychiquement le nourrisson. De part cette qualité maternelle, l'enfant intègre progressivement ses expériences.
- Le « **handling** » concerne la manipulation physique du corps du nourrisson. Sa mère le baigne, le change, l'habille. Ainsi l'enfant intègre ses limites corporelles, l'existence d'un dedans et d'un dehors.
- « **L'object-presenting** » est la qualité de la mère de présenter à son enfant au bon moment ce dont précisément il a besoin. Elle lui donne « *l'illusion* » de créer le monde, nourrissant son sentiment de toute puissance.

La qualité des soins, continus et réguliers, permet au nourrisson de faire face à ce que D. W. WINNICOTT appelle les « **menaces d'annihilation** » (Ribas, 2003). Ainsi selon lui, l'environnement permet au nourrisson de « **simplement être** », ce que G. SAULUS propose de comprendre comme la sensation « *de l'existence sans existant* » (Saulus, 2009, p.34). Progressivement le nourrisson garde des traces mnésiques des soins et de ce sentiment, jusqu'à ce qu'il intègre de manière continue et stable le sentiment d'exister.

Ajoutons une nuance à la théorie de D. W. WINNICOTT en nous appuyons sur les écrits de D. HOUZEL. Ce premier a établi sa théorie en s'appuyant sur le postulat suivant : le nouveau-né est totalement dépendant des soins de l'environnement parental pour exister. Le second, en prenant en compte les avancées actuelles, donne une image plus dynamique du nourrisson. Le nouveau-né est capable de « *extraire de cet environnement changeant des invariants sur lesquels il s'appuie pour stabiliser son expérience.* » (Houzel, 2016, p.119.). La continuité d'existence est une co-construction qui dépend à la fois de l'entourage et du nourrisson. Ainsi, D. HOUZEL énonce la nécessité d'une « **stabilité structurelle** », c'est-à-dire une stabilité dans la forme qui admet des changements, autrement dit que le nouveau-né puisse extraire du continu dans du discontinu. **L'intérêt de son approche est qu'elle n'enferme pas dans une stigmatisation des soins parentaux.**

▪ Se sentir pour exister, A. BULLINGER

Selon A. BULLINGER, « *Habiter son corps suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme. Savoir cela c'est, à travers les sensations, délimiter une " zone habitacle "* » (Bullinger, 2007, p.152). Il montre l'importance de la sensorialité dans le développement de l'enfant.

Selon lui, chacun est soumis à des flux sensoriels qui correspondent à un ensemble dynamique de signaux (vestibulaires, tactiles, olfactifs, auditifs ou visuels) « **continus** » et « **orientés** ». Le bébé naît avec un équipement sensoriel efficient. Ainsi l'organisme du nouveau-né, qui dispose de capteurs sensoriels dès la naissance, rencontre les différents flux. Quand l'environnement sensoriel est **fiable, stable et régulier**, l'enfant peut alors en retenir des « *invariants* », des **repères organisateurs**, qui sont pour lui un **premier moyen de compréhension de son monde**.

Les stimulations sensorielles activent des réactions toniques et posturales (alerte, orientation et mise en forme du corps) et les variations toniques donnent à l'enfant une sensation éphémère de son unité corporelle. A. BULLINGER parle de « *proto-représentation* ». Autrement dit, la recherche d'expériences sensori-motrices organise la structuration de l'image corporelle. A. BULLINGER parle « **d'un premier sentiment de " consistance "** », perçu uniquement dans le mouvement.

Quand le nouveau-né ne peut pas gérer les flux sensoriels, il métabolise sa tension par une « *décharge motrice* », qui pourra prendre sens dans le corps à corps. **A. BULLINGER** reprend l'idée du « *dialogue tonico-émotionnel* » de **J. de AJURIAGUERRA**. Le parent ressent dans son corps l'état tonico-émotionnel de son enfant, qu'il porte, et y donne un sens en s'y ajustant.

Progressivement, l'enfant intègre cette capacité à réguler et contenir ses états émotionnels. Il construit la « **face externe de l'enveloppe corporelle** » qui contient la « *consistance* » des variations toniques (Bullinger, 2007).

Ainsi pour que le nouveau-né intègre un sentiment d'existence stable et sécurisant, un équilibre doit être établi entre l'organisme, le milieu sensoriel et le milieu humain.

- **La sécurité d'un ici et maintenant, la « conscience-noyau », A. DAMASIO**

A. DAMASIO, neuroscientifique, divise la conscience en deux niveaux : une première espèce simple qu'il appelle la conscience-noyau et une deuxième plus complexe qu'il nomme la conscience-étendue. La conscience-noyau est à la base de la conscience étendue qui s'apparente à l'identité. La conscience-noyau ne dépend pas des autres fonctions cognitives (mémoire, langage, raison, attention...). Il s'agit d'une entité transitoire **sans cesse recréé**. Selon lui, elle « *dote l'organisme d'un sentiment de soi relativement à un moment, maintenant, et à un lieu, ici. La portée de la conscience-noyau est le ici et maintenant* » (Damasio, 2002, p.30). Ainsi A. DAMASIO confirme les observations des psychanalystes, en situant la conscience-noyau au niveau anatomique : le thalamus, le cortex cingulaire et certaines zones des cortex préfrontaux. (Damasio, 2002).

La psychanalyse et les neurosciences s'accordent donc pour admettre l'idée d'un sentiment de continuité d'existence à la base de toute histoire.

3.2. Le concept d'existence dans la structuration psychocorporelle de l'enfant polyhandicapé

Comme nous l'avons vu, la **sensorialité**, le **tonus**, les **émotions** et la **relation à autrui** jouent un rôle majeur dans la construction d'un sentiment suffisamment sécurisant de son corps pour pouvoir l'investir. Cependant, nous avons également mis en évidence que ces quatre points font défaut chez l'enfant polyhandicapé. De plus différents épisodes peuvent engager le pronostic vital de l'enfant. Le sentiment continu d'exister peut alors faire défaut, se construire et (ou) se déconstruire au cours du développement de l'enfant polyhandicapé.

- **Une annonce, des annonces**

La naissance compromet déjà le sentiment d'exister, mais il en est d'autant plus quand le polyhandicap advient. L'arrivée d'un enfant porteur de polyhandicap constitue souvent une blessure narcissique immense pour les parents qui doivent faire le **deuil de l'enfant imaginé**, rêvé et fantasmé pendant la grossesse. L'intensité du choc varie en fonction de la sévérité du handicap, de la personnalité des parents, de l'histoire familiale et de la qualité de l'accompagnement professionnel.

L'annonce traumatisante du polyhandicap peut entraîner une **sidération psychique** du parent, le bloquant dans une incompréhension, un sentiment de culpabilité et une impossibilité à penser l'avenir ce qui compromet l'investissement de l'enfant par son parent (Juzeau, 2010). Or nous l'avons vu dans la partie précédente, l'enfant a besoin de l'étayage de son parent pour se sentir exister.

La particularité du polyhandicap est « *qu'il n'existe pas une annonce d'un type de handicap, mais plusieurs annonces qui s'inscrivent toujours dans un temps plus ou moins long* » (Juzeau, 2010, p. 1). Les processus de *sidération psychique* et de deuil ne se jouent donc pas qu'à la naissance, mais tout au long de l'histoire de l'enfant et de sa famille. Chaque annonce constitue un chaos qui vient perturber l'équilibre plus ou moins établi.

Léo, « Qui a sorti mon enfant par ce temps là ? Je vous rappelle qu'il a failli mourir. »

Ce sont les mots de la maman de Léo. Ils suivent ceux de l'équipe, écrits la veille, pour raconter la sortie de l'après midi au vue du beau temps. La réaction de cette maman prend sens si nous la mettons en lien avec la grave pneumopathie que Léo a eu il y a deux mois et qui l'a conduit à une hospitalisation de trois semaines dans un service de réanimation pédiatrique. Malgré une amélioration de son état, sa mère reste habitée par l'angoisse de le perdre. Pour palier à son inquiétude, elle contrôle attentivement le corps de son enfant, dans ses fonctions vitales (respiration, élimination, sommeil).

Sa mère semble bloquée dans un « ici et maintenant » insuffisamment sécurisant, qu'elle projette sur son enfant.

L'exemple de Léo illustre que nous ne pouvons pas admettre au sentiment d'exister un développement qui serait linéaire. Afin de faciliter la compréhension, nous allons reprendre de l'état le plus primitif au plus élaboré, les étapes du développement de « **l'éprouvé d'existence** » en les mettant en lien avec les trois stades psychodéveloppementaux de l'enfant polyhandicapé (Saulus, 2008). Les trois stades qui se superposent vont être vus séparément afin d'éclairer la lecture du polyhandicap.

▪ **Profil 1 : Naissance de la vie psychique et « Éprouvé archaïque d'existence »**

Selon G. SAULUS (2009), le premier stade psychodéveloppemental du polyhandicap correspond à la **naissance de la vie psychique**. Il parle d'une activité « **protopsychique** » ce qu'il ne faut pas comprendre comme une absence de psychisme mais comme l'origine de la vie psychique, c'est-à-dire qu'à ce stade, elle existe sous sa forme la plus minimale.

Il décrit un « **syndrome tonico-moteur** » : la motricité en masse constitue **l'unique réponse** à toute stimulation sensorielle, qu'elle soit interne ou externe, et elle s'accompagne d'une manifestation émotionnelle ce qui lui donne une valeur de communication sans qu'une réelle intention ne puisse être décelée. Ce syndrome est à mettre en lien avec la notion de « **irritativité** » d'un flux (Bullinger, 2007) : il s'agit d'un flux qui dépasse les seuils de tolérance de l'enfant et auquel la seule réponse possible est la « **décharge motrice** ». Nous pouvons dire que l'enfant subit la sensation, la motricité et l'émotion qui va avec. Cette activité protopsychique forme une « **prison sensori-tonico-émotionnelle** » (Saulus, 2008), un tout unique et indifférencié, un ensemble. « Elle renvoie à l'éprouvé d'un univers où seule s'impose une existence englobant indistinctement stimulus et réponse, intérieur et extérieur ; un univers fait d'une existence sans existant éprouvé comme tel » (Saulus, 2009, p.42).

Ainsi, G. SAULUS décrit un premier sentiment d'existence qu'il nomme « **éprouvé archaïque d'existence** ». L'enfant ne fait pas l'expérience de son existence comme tel, mais en éprouve une « **consistance** » temporo-spatiale. Les protopensées qui y sont associées, sont de l'ordre d'un « ici et maintenant » où quelque chose peut exister sans qu'il existe vraiment.

Selon lui, l'émergence de ce sentiment advient suite à la satisfaction d'une réalité pulsionnelle : l'enfant s'agrippe, s'attache, adhère à l'objet, il s'identifie à l'objet pour exister ; et d'un autre côté il reçoit des soins corporels et psychiques qui nourrissent la satisfaction de son besoin. Cependant si la pulsion ou sa satisfaction se révèle insuffisante, comme cela peut être le cas dans le polyhandicap, d'autant plus quand le pronostic vital est engagé, alors émerge un « **éprouvé d'anéantissement** » qui s'accompagne d'**angoisses corporelles majeures** (angoisse de chute, de liquéfaction ou dissolution). L'enfant qui n'a alors pas construit le premier sentiment d'existence, se vit comme sans limites, avec la sensation de se répandre sans fin.

Certains enfants peuvent être dans une recherche envahissante de sensation pour entretenir un sentiment suffisant d'exister (Bullinger, 2007). Ainsi, les comportements stéréotypés jouent un rôle défensif face à ces angoisses corporelles majeures (Haag, 1996). « *Le caractère particulier des stéréotypies à cette étape où leur fonction, en l'absence de contenance, est de maintenir la survie, et plus particulièrement dans une kinesthésie rythmique [...], est la **nécessité de leur entretien permanent.*** » (Haag, 1996, p.214). L'exemple de Nolan l'illustre.

Nolan (9 ans), « la tornade »

*Nolan est hyperlaxe. Assis dans son fauteuil, il oscille **sans cesse** sa tête de droite à gauche dans un mouvement continu et circulaire, qui entraîne l'ensemble de son corps. Ses mouvements vont dans des extrêmes comme s'il n'avait aucune limite. Étonnement, il me donne l'impression de dessiner dans son mouvement le signe de l'infini.*

Ce stade se caractérise par l'**indifférenciation** d'un dedans et d'un dehors, des stimulations et des réponses. L'enfant manifeste peu d'intérêt à autrui et ses expressions de plaisir et de déplaisir sont plus ou moins semblables. Pour résumer « *l'éprouvé archaïque d'existence* », nous allons reprendre une phrase de G. SAULUS « *l'éprouvé d'une existence indifférenciée, qui mêle indistinctement ce qui éprouve et ce qui est éprouvé* » (Saulus, 2009, p.42)

▪ **Profil 2 : Les prémices d'un Moi et d'un monde et « Éprouvé primitif d'existence »**

Les expressions de plaisir et de déplaisir commencent à se **nuancer**, tout comme le lien entre la stimulation et la réponse. Les réponses tonico-motrices se **modulent** en fonction de la sensation, même si les troubles tonico-moteurs entraînent une certaine persistance de la motricité en bloc. Il en est de même pour l'état émotionnel qui l'accompagne. De plus, des **capacités de mémorisation, de discrimination** apparaissent (Saulus, 2009). L'enfant qui garde une trace mnésique de son action, recherche à reproduire l'effet qu'il a découvert par hasard. Il devient **acteur de ses mouvements** et oriente ses actions sur un objet extérieur, son environnement proche. Il manifeste davantage d'intérêt pour les personnes de son entourage et montre une envie de communiquer. Il faut entendre qu'il commence à exister quelque chose de l'ordre d'un « **moi archaïque** » et d'un « **objet archaïque** » (Saulus, 2009). L'enfant fait une première distinction fragile entre ce qui éprouve et ce qui est éprouvé.

Selon G. SAULUS, cela correspond à « *l'éprouvé primitif d'existence* ». Ce sentiment s'établit par un premier rassemblement éphémère des contenus perceptivo-sensoriels, émotionnels et mnésiques (Saulus, 2009). Le contenu de cet éprouvé reconnaît une « *emprise* » temporo-spatiale, c'est-à-dire un existant.

Nous pouvons mettre en lien « *l'éprouvé primitif d'existence* » avec le début de la constitution de la « *première peau* » évoquée par G. HAAG. Selon elle, la peau par sa **fonction d'enveloppe**, amène à une première contenance, à une première différenciation du moi et du non-moi (Haag, 1997).

Cet éprouvé peut s'accompagner d'une angoisse de perte de son unité corporelle et psychique, aussi appelée « *angoisse de morcellement* ». Là encore l'enfant peut adopter des stéréotypies pour y faire face (Haag, 1996). A. BULLINGER utilise le concept de « *prothèses de rassemblement* » pour « *décrire les conduites et les moyens que l'enfant à risque autistique utilise pour compenser ses difficultés essentielles de rassemblement et de stabilisation des divers espaces qu'il habite* » (Bullinger, 2001, p.7). Elles visent à relier l'espace avant-arrière, droite-gauche ou haut-bas et peuvent être de diverses formes : le tassement de la colonne, le blocage de la respiration ou « *tonus pneumatique* », la recherche d'appui dans le dos ou sur le torse, les mobilisations de la langue et la prise bimanuelle d'un objet (Bullinger, 2001).

À ce stade, il y a donc quelque chose qui existe mais ce quelque chose n'est pas encore suffisamment stable dans la durée et dans son unité pour qu'émerge le Moi.

▪ **Profil 3 : Vers le « Je » et « éprouvé d'existence entitaire »**

Le profil 3 correspond à **l'émergence d'un « proto-moi »** (Saulus, 2009). Les échanges entre l'enfant et autrui sont de plus en plus construits : ils peuvent prendre la forme de **jeux corporels**. Ses capacités cognitives s'enrichissent. L'enfant intègre la **permanence de l'objet** et les **liens de causalité**. De plus, il commence à pouvoir **faire des choix simples**. Progressivement, l'enfant accède **au symbolisme**.

Dans ce stade, l'existence de l'objet devient suffisamment stable pour qu'il existe même en l'absence de la sensation, contrairement au stade précédent. L'enfant s'en fait une **première représentation**. G. SAULUS comprend cette activité psychique comme « *éprouver l'existence d'entités constituées (proto-moi et proto-objet) douées d'une relative stabilité* » (2009, p.38).

Il nomme ce contenu « **éprouvé d'existence entitaire** » qui comprend, à la fois une composante temporelle qui s'inscrit dans la durée, il parle « **d'épaisseur temporelle** », et aussi une composante spatiale avec le **corps comme référence**. Ce sentiment d'existence amène à un rassemblement des vécus dans une unité corporelle et psychique, dans une certaine continuité temporo-spatiale. Cependant, à ce stade, la stabilité reste relative. Sa permanence signerait le début d'une identité, le début du « Je » : il parle alors « **d'éprouvé d'existence identitaire** ».

Selon G. SAULUS, l'émergence de ce dernier éprouvé d'existence traduit la « sortie » du polyhandicap ce que nous pouvons nuancer avec les dernières définitions. En effet, G. SAULUS s'intéresse aux situations de polyhandicap les plus lourdes et n'englobe pas l'ensemble des situations de polyhandicap.

Nous pouvons retenir que la continuité d'existence est à la base de l'identité et qu'elle peut être plus ou moins élaborée selon les enfants. Dans le cas où la constitution du sentiment continu d'exister est compromise, l'enfant manifeste des angoisses corporelles majeures et peut utiliser des comportements stéréotypés pour y faire face.

3.3. Existence et Respiration

Nous allons maintenant reprendre ce concept de continuité d'existence avec un regard porté sur la respiration. La rencontre de Bastien, puis celle de Julia et de Léo vont nous permettre d'illustrer le lien entre ces deux notions.

▪ **Bastien (10 ans), une respiration subie**

Bastien souffre de troubles respiratoires importants qui se repèrent très vite : sa respiration est rapide et bruyante « elle racle ». Le contrôle de sa respiration est fréquent : stéthoscope, prise de saturation, etc. Par exemple, chaque séance de psychomotricité commence par un passage à l'infirmierie : « Besoin de kiné respi ? ». Ce jour-là : « non, ça va », l'infirmière n'en évalue pas le besoin, pas besoin de passer par cette « case ».

La séance a lieu en salle Snoezelen et débute par un rituel « allumé/éteint » du module utilisé. Bastien est réceptif et montre du plaisir à être là, même si son rire peut avoir une sonorité préoccupante avec le bruit de sa respiration. Mais, il est là ! Au début, il m'est difficile de différencier le plaisir exprimé par Bastien, de l'inquiétude que sa respiration me renvoie.

Dans un second temps, Bastien est installé en position assise face à la colonne à bulles. Il paraît beaucoup moins présent, que ce soit dans ses vocalises ou dans son regard. Sa respiration, elle, est de plus en plus bruyante et prend de plus en plus de place. Tellement de place, que ce jour-là, j'ai l'impression de ne rien avoir observé d'autres, que rien d'autres n'existait mise à part sa respiration. La psychomotricienne l'aide à trouver une position plus confortable, ou plutôt une position où il ne subit plus sa respiration, une position où il peut respirer, être là.

Ici, Bastien subit sa respiration plus qu'il la vit. Elle semble avoir un impact sur son sentiment d'exister « ici et maintenant ». En effet, par sa discontinuité elle joue sur ses états de présence et d'absence. **Cette première rencontre avec Bastien, nous montre comment la respiration peut complètement compromettre la continuité d'être, même les jours où « ça va ».**

▪ **Julia (12 ans), la respiration qui tient**

Julia se présente comme une jeune fille qui se tient très droite et très fort. Tout son corps semble « serré », de la bouche jusqu'aux pieds. Elle se déplace en marchant et manifeste beaucoup d'angoisses allant des tremblements dans l'ensemble du corps, des sueurs et des petits cris qui « s'échappent ». Sa respiration est difficile à observer. Elle semble complètement bloquée.

Lors de jeux de souffle avec la psychomotricienne, Julia s'aventure à ouvrir la bouche mais rien ne sort. Après plusieurs essais, elle parvient à laisser sortir un léger souffle. Cependant, cela la désorganise complètement. Là encore des tremblements apparaissent et des petits cris « s'échappent ».

Ici, il semblerait que Julia utilise sa respiration pour tenir ensemble. Elle l'utilise comme un moyen défensif, comme une « **prothèse de rassemblement** » pour faire face à ses angoisses corporelles de morcellement (Bullinger, 2001). **Autrement dit, elle s'en sert à sa manière pour exister « ici et maintenant ».**

▪ Léo (10 ans), respirer pour dire « merde »³

*Léo a une séance hebdomadaire de balnéothérapie avec la kinésithérapeute et la psychomotricienne. Il montre beaucoup de plaisir dans l'eau : vocalise, remue ses bras et rit. Cependant, il peut aussi signifier quand quelque chose ne lui plaît pas. Alors que la kinésithérapeute s'apprête à commencer l'étirement de sa deuxième jambe (après le dos, les deux bras et les deux mains), **Léo prend une grande inspiration et souffle pour exprimer « son ras-le-bol ».***

Léo utilise sa respiration comme moyen de communication. Il semble alors, à ce moment là, avoir un sentiment suffisant d'existence pour avoir une action sur son environnement et les personnes qui l'entourent. **Sa respiration est, ici, le moyen qu'il a trouvé pour être en relation avec autrui.**

Bastien, Julia et Léo nous montrent que le lien entre la respiration et le sentiment d'exister peut prendre deux axes différents : dans sa défaillance vitale, la respiration contraint la continuité d'existence comme nous le montre l'exemple de Bastien ; et dans le cas contraire, elle peut plus ou moins efficacement, soutenir le sentiment d'être là « ici et maintenant », comme nous le montrent les exemples de Julia et Léo.

Pour conclure cette partie...

Cette première partie, nous a permis de montrer les difficultés que l'enfant polyhandicapé rencontre pour vivre son corps de manière sécurisée, pour se l'approprier et l'investir, autrement dit pour pouvoir l'habiter pleinement. En effet, la continuité d'existence, qui est à la base de l'émergence du moi se voit perturbée chez l'enfant polyhandicapé. Il éprouve des difficultés à l'intégrer de manière stable et solide.

Dans cette particularité d'être au monde, l'enfant polyhandicapé trouve parfois des moyens pathologiques pour compenser ce manque de continuité (stéréotypies, recherche de sensations, « *prothèses de rassemblement* »). Notamment, certains enfants peuvent se servir de leur respiration (pathologiquement ou non) pour exister, être là « ici et maintenant ».

³ Je me permets l'utilisation de ce type d'expression pour traduire toute la spontanéité de Léo.

La rencontre avec trois enfants polyhandicapés nous a amené à illustrer, cliniquement, un lien entre polyhandicap, existence et respiration. Alors, même si la respiration est parfois troublée chez l'enfant polyhandicapé, ne pourrait-elle pas être aussi un support pour exister ?

II - RESPIRER POUR EXISTER

*« Amener un patient ou un élève à respirer calmement, librement et consciemment est déjà en soi un travail de régulation tonique qui l'amène à **se considérer, à se rassembler**. De plus cet éprouvé de soi s'inscrit dans un cadre d'échange : quelque chose entre, me remplit, me nourrit, et sort.*

J'existe dans ce flux qui anime et unifie mon corps. »

(Benoît LESAGE, Jalons pour une pratique psychocorporelle, 2012, p.75).

Dans cette deuxième partie, nous commencerons par aborder l'aspect vital de la fonction respiratoire. Puis nous montrerons que la respiration, comme le dit B. LESAGE, relie l'ensemble du corps et soutient notre sentiment d'exister.

1. La respiration, une fonction vitale

1.1. La respiration, comme marqueur de la vie

▪ Rôle principal de la respiration : l'hématose

Le corps a besoin d'une énergie **sans laquelle il ne pourrait vivre** et qui ne peut être produite au sein de l'organisme : **l'oxygène** ! Ce gaz vient donc de l'extérieur. Passant par les poumons, il rejoint le système sanguin. Puis le sang artériel distribue l'oxygène dans l'ensemble du corps. Le corps s'en nourrit et le consomme. Un déchet est alors produit : **le gaz carbonique**. Celui-ci est dirigé par le sang veineux vers les poumons qui l'expulsent vers l'extérieur.

Le rôle permanent de la respiration en est ainsi : assurer **l'hématose**, c'est-à-dire la transformation du sang veineux en sang artériel.

À partir du moment où il y a de la vie, l'hématose devient essentielle. « *L'oxygène ne peut être stocké dans le corps : il faut donc respirer sans cesse, jour et nuit* » (Calais-Germain, 2007, p.16).

▪ Développement du système respiratoire au début de la vie

La mère qui assure la vie de celui qu'elle porte dans son ventre, respire pour lui. La fonction respiratoire est transmise in utero, par le **placenta**, qui joue le rôle de « **poumon fœtale** » (Battisti, 2014). Les poumons réels du fœtus peuvent donc profiter de tout le temps de la grossesse pour se développer. Ils commencent à se mettre en place à partir de la quatrième semaine d'aménorrhée, puis progressivement, ils prennent de plus en plus forme. À partir de la vingt-quatrième semaine, un espace se dessine au sein des poumons : il s'agit de **l'arbre respiratoire**. En l'absence de l'air, il se remplit d'un liquide qu'il produit en continu et qui est ensuite dégluti ou excrété par la bouche. Ce liquide pulmonaire a l'avantage d'être **riche en surfactant** ; c'est ce qui facilitera le déplissement des poumons à la naissance (Battisti, 2014).

Le premier cri du nouveau-né marque le début de sa propre respiration. Le liquide pulmonaire est éjecté, ce qui crée un appel d'air (le cri). Ainsi l'air inspiré entre dans le poumon et débute le **cycle automatique de sa propre respiration** et ce, jusqu'à la fin de son existence.

Le poumon est donc fonctionnel à la naissance, mais il reste immature. Seulement à un huitième de sa capacité respiratoire définitive, il **continue de se développer pendant les huit premières années de vie** (Battisti, 2014).

▪ Symbole de vie et angoisse de mort

Le premier cri du nouveau-né est vécu par son entourage comme un soulagement. Il marque le début de la vie de ce nouvel être arrivé au monde. Respirer signifie être en vie. Cette symbolique n'est pas anodine. Ainsi, étouffer ou manquer d'air, nous ramène souvent à une certaine fragilité de notre respiration et donc à une certaine menace de notre vie : la mort. Respirer c'est vivre, s'arrêter c'est mourir. Il n'est donc pas surprenant que la respiration puisse susciter des angoisses, et en particulier l'angoisse de mort.

Retenons que la vie commence par un premier cri et qu'elle se termine par un dernier souffle. Respirer, c'est exister. Ainsi quand la respiration fait défaut, l'angoisse de continuer à exister, de continuer à pouvoir respirer, est plus que présente.

1.2. Les deux poumons, organes de la respiration

Comme nous avons pu l'introduire, les poumons jouent un rôle essentiel dans la survie de l'individu : ils sont les viscères de la fonction respiratoire, le lieu de rencontre entre l'air et le sang. Nous allons nous appuyer sur les données de l'anatomie et de la physiologie pour comprendre leur fonctionnement.

▪ **Anatomie descriptive du poumon**

Ils sont situés au niveau du thorax, dans la partie supérieure de la cage thoracique. Le poumon gauche, plus petit que le droit, entoure le cœur. L'espace qui sépare les deux poumons est appelé *médiastin*. Ils ont une forme de cône bombé, orienté vers le haut. Leur partie supérieure, appelée *apex*, dépasse légèrement des premières côtes et leur partie inférieure, appelée *base*, concave vers le bas, adhère au diaphragme (Calais-Germain, 2007).

Chaque poumon est enveloppé par une double membrane : la *plèvre*. La ***plèvre*** a une face interne, dite ***viscérale***, en contact direct avec le poumon et une face externe, dite ***pariétale*** en contact avec les côtes (pour les parties antérieure, postérieure et latérales) et le diaphragme (pour la *base*). Entre les deux feuillets, il y a un espace vide, qui crée une dépression : ***plèvre pariétale*** et ***plèvre viscérale***, sont comme aspirées l'une par l'autre. (Calais-Germain, 2007). Ainsi les plèvres assurent **l'union poumons-côtes-diaphragme**. Par exemple, un changement de posture qui impacte sur la position des côtes, est accompagné par le mouvement des poumons et du diaphragme. Nous avons pu le voir avec l'exemple de Bastien dans la partie précédente quand le changement de posture a compromis sa respiration.

De ce fait, le trouble respiratoire dans le polyhandicap ne peut se restreindre à un défaut pulmonaire. Il s'explique aussi bien par un trouble postural, de la régulation tonique, ou encore une déformation ostéo-articulaire.

▪ **L'arbre bronchique**

Les poumons sont constitués d'un *arbre bronchique* qui contient l'air. Deux *bronches souches* font suite à la trachée, elles pénètrent chacune un poumon, puis se divisent en *bronches lobaires* (au nombre de trois dans le poumon droit et de deux dans le poumon gauche).

À l'intérieur de chaque lobe pulmonaire, les bronches se divisent à nouveau, en *bronches segmentaires*, puis en *bronchioles* et enfin en *canaux alvéolaires*.

Au bout de ces canaux, se trouvent des petits sacs : les **alvéoles pulmonaires**. Environ trois cents millions alvéoles sont regroupées dans le poumon mature (après huit ans). L'alvéole pulmonaire est traversée par des vaisseaux capillaires très fins. Cet ensemble **alvéolo-capillaire** forme une membrane où diffusent les échanges gazeux sang-air.

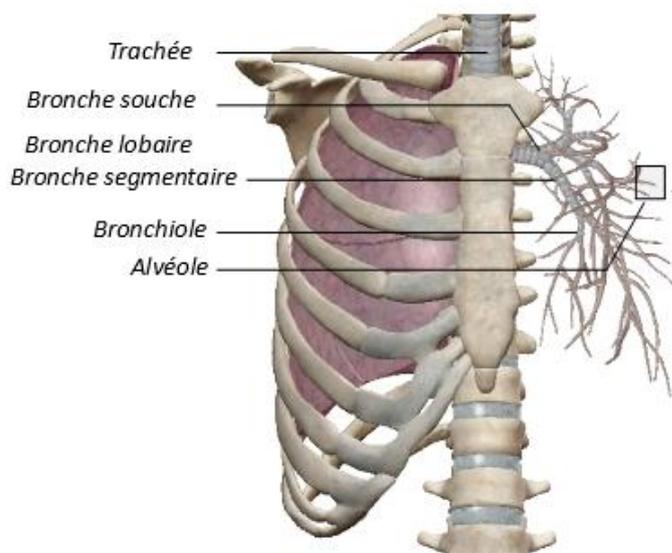


Figure 1 : L'arbre bronchique (Image reproduite avec l'aimable autorisation de Visible Body, j'ajoute les annotations)

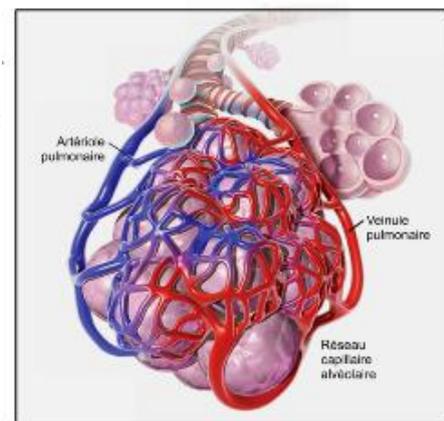


Figure 2 : Alvéoles pulmonaires (Image reproduite avec l'aimable autorisation de Visible Body)

Les alvéoles sont entourées d'un tissu conjonctif riche en fibres d'élastine. Le poumon peut donc être **étiré**, augmentant ainsi l'espace pour le volume d'air, et en même temps, il **résiste** à cet étirement pour reprendre sa forme initiale.

Nous voyons donc la nécessité d'avoir des poumons qui « fonctionnent » pour nourrir notre corps en oxygène, mais cela ne suffit pas pour exister... Pour illustrer mon propos, je me permets de « décaler » l'expression de D. W. WINNICOTT au regard de l'anatomie : « des poumons seuls, ça n'existe pas ! ». En effet, comme toute cellule organique, ils ont besoin d'un « environnement suffisamment oxygéné » : l'air !

1.3. « C'est quoi l'air ? »

Dans cette partie, nous tâcherons de répondre à la question d'Alice, treize ans, lorsque la psychomotricienne l'a invitée à « inspirer de l'air » : « Mais, c'est quoi l'air ? ».

▪ Définitions

L'air est un gaz qui est essentiellement composé d'azote (78%) et de dioxygène (21%). Cependant, définir l'air que de cette manière serait réducteur.

Le *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* propose une définition qui nous intéresse davantage : « *Fluide gazeux, invisible, inodore, pesant, compressible et élastique, qui entoure le globe terrestre et dont la masse forme l'atmosphère; un des quatre éléments de la physique ancienne* ». ⁴ **L'air est donc ce qui nous entoure.** L'air étant un gaz, il est insaisissable. Cependant, nous pouvons y avoir accès par le biais de la sensorialité. Invisible et inodore, deux autres flux sensoriels inhérents à l'air, sont perceptibles par notre corps : les flux gravitaire et tactile. L'air pèse sur notre corps en même temps qu'il effleure notre peau.

Cette définition peut être complétée par la suivante : « *mélange gazeux [...] que de nombreux être vivants respirent* ». ⁵ **L'air est donc à la fois autour de nous et à l'intérieur de nous.**

Pour aborder ces deux aspects de l'air, dehors et dedans, nous allons maintenant nous intéresser à l'air comme « enveloppe aérienne » et à « l'air transitionnel ».

▪ « L'enveloppe aérienne » et la peau : les limites d'un dedans et d'un dehors

L'air enveloppe notre corps, qui est lui-même recouvert en quasi-totalité par notre peau. Certaines parties du corps sont plus exposées que d'autres, comme le visage et les mains qui sont rarement habillés. En fonction de son intensité ou de sa température, mais aussi de l'écoute et de la concentration du sujet, l'air est plus moins perceptible et ainsi il éveille plus ou moins la peau et la fait plus ou moins « exister ». En effet, au contraire de la vie in utero, l'air amène de la différence au niveau de la peau (température, pression).

⁴ CNRTL, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, <http://cnrtl.fr/definition/air>

⁵ Dictionnaire de la langue française, Encyclopédie – Noms propres, (1990) éd. HACHETTE

Selon différents auteurs, comme D. ANZIEU avec le « **moi-peau** » (Pireyre, 2015) et G. HAAG avec « **l'enveloppe-peau** » (Haag, 1997), la peau serait à l'origine du psychisme. Dans le but d'expliquer leurs théories, nous allons d'abord différencier la peau physique de la peau psychique, pour mieux les relier ensuite.

La peau physique est constituée de trois couches : l'hypoderme, le derme et l'épiderme qui est en contact direct avec l'air. Ce dernier a deux caractéristiques importantes : **l'imperméabilité** grâce à la couche cornée et la **perméabilité** grâce à la voie trans-épidermique. La peau **limite** donc notre corps et assure une **fonction de frontière** entre le dedans et le dehors mais aussi une fonction de **contenance**. Cependant, si cette couche est trop fine, comme c'est le cas à la naissance, alors la distinction entre dedans et dehors est plus floue et les échanges entre intérieur et extérieur plus faciles (Pireyre, 2015).

Selon D. ANZIEU « *toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. Le moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau* » (Anzieu, 1985, cité par Pireyre, 2015, p.79). À partir de là, il reconnaît à la peau une dimension psychique et décrit huit fonctions que nous allons seulement citer : la *maintenance*, la *contenance*, la *fonction de pare-excitation*, *l'individuation*, *l'intersensorialité*, la *fonction de soutien de l'excitation sexuelle*, la *recharge libidinale* et *l'inscription de traces sensorielles* (Pireyre, 2015). À l'image de la peau physique, la peau psychique est inachevée à la naissance : elle se confond avec celle de l'entourage. Puis au cours du développement, l'enfant qui intègre les fonctions de sa peau, se différencie et devient lui-même.

Ainsi dans les premières semaines après la naissance, et cela peut perdurer dans le temps en cas de polyhandicap, le nourrisson montre une intolérance à la dénudation. Ce « **malaise-peau** » s'explique, selon G. HAAG, par la sensation angoissante de se répandre sans fin. La constitution de la « **première peau** » (physique et psychique) amène à un premier sentiment de contenance, avec l'installation de la sensation de volume du corps : le sentiment d'un « **tout-autour** » (Haag, 1997). L'enfant découvre ses limites psychocorporelles et se sent « **tenu autour** » et « **tenu dedans** » (Latour, 2015).

L'air joue donc un rôle d'enveloppe qui soutient la peau dans sa fonction contenante et renforce, quand il est perçu, la délimitation d'un dehors et donc d'un dedans.

▪ « L'air transitionnel »

L'air qui nous entoure est aussi l'air que nous inspirons et qui entre à l'intérieur des poumons. Grâce à la qualité élastique du poumon, la quantité d'air varie en fonction de la personne, de son activité et de sa respiration. Les poumons ont la capacité de contenir environ six litres d'air en cas d'une inspiration amplifiée. Dans le cas d'une respiration courante, un demi-litre d'air est brassé à chaque cycle. Même si le volume peut davantage diminuer en expiration forcée, il en reste toujours une petite quantité dans le poumon. C'est-à-dire que l'air n'est ni entièrement en dehors de soi, ni entièrement dedans. L'air n'est ni une réalité interne, ni une réalité externe. En fait, le sujet inspire l'air, il se l'approprie, en fait sien. Puis lorsqu'il l'expire, l'air garde une trace de ce passage et en sort changé (dans sa composition). D. W. WINNICOTT parle d'« **espace transitionnel** » pour décrire cet espace qui est à l'intermédiaire du moi et non-moi.

Alice (13 ans) « Mais c'est quoi l'air ? »

*Pour répondre à sa question, la psychomotricienne prend une inspiration profonde et souffle sur la main d'Alice. « C'est ça l'air... C'est ce que tu sens sur ta main et qui sort de ma bouche. Et aussi de la tienne ! ». À son tour, Alice inspire et souffle sur sa main. Elle semble attentive à ce qui se passe et répète ce mouvement plusieurs fois : **l'air entre dans son corps, la nourrit, en sort et caresse sa peau.***

C'est ainsi que nous pouvons conclure cette partie. L'air est une nourriture dont nous avons besoin, mais il ne suit pas le même trajet que la nourriture alimentaire. Il entre dans nos poumons et ne va pas plus loin. Pourtant, la respiration « *est un acte concernant tout le corps* » (Calais-Germain, 2007, p.57). Dans son mouvement, elle rend l'immobilité impossible. En effet, elle anime l'ensemble de notre corps et ce, sans cesse.

2. La respiration, une fonction continue de l'ensemble du corps

2.1. Le geste respiratoire

▪ Un enchaînement automatique

Il n'y a pas besoin de penser à respirer pour respirer, « *Le corps " sait " [...] respirer* » (Lesage, 2012, p.75). En effet, la respiration dépend d'une activité dite **végétative**, qui échappe en grande partie au contrôle volontaire. « *L'air entre de l'extérieur du corps vers les poumons et en sort, environ 12 à 17 fois par minute.* » (Calais-Germain, 2007, p.15) et chez l'enfant la fréquence est encore plus importante, autour de **vingt à trente fois par minute** et même jusqu'à cinquante cycles chez le nouveau-né (Battisti, 2014). Le mouvement respiratoire s'enchaîne automatiquement et même plusieurs fois sur une courte durée. Il est divisé en deux temps, l'inspiration et l'expiration.

▪ Expirer et inspirer, enroulement et ouverture à l'autre

L'expiration entraîne une fermeture du tronc pour vider l'air et ainsi dégager les déchets que notre corps a produits. Son mouvement amène à un repli sur soi. En expirant profondément, mon corps s'enroule. S. ROBERT-OUVRAY donne à **l'enroulement** un rôle fondamental dans l'installation de la **base narcissique**, amenant à un état de sécurité interne. Ces mouvements permettent l'orientation de son corps « *vers son centre et étayent la capacité de retour sur soi* » (Robert-Ouvray, 2015). Ils jouent aussi un rôle de carapace pour se protéger des stimulations menaçantes. De plus, ils favorisent le relâchement tonique et donc émotionnel. Nous pouvons donc dire qu'**expirer profondément soutient la présence à soi**. D'ailleurs, nous le retrouvons dans la langue française lorsque nous évoquons « avoir le besoin de souffler » pour exprimer un besoin de retour sur soi.

L'inspiration correspond à une expansion d'une partie du tronc pour faire entrer l'air dans l'organisme. Le corps se remplit, se nourrit, il prend du volume. Là encore, nous le retrouvons dans le langage courant pour signifier un **plein** d'idées, « Je suis inspiré ». Le mouvement inspiratoire s'apparente à un mouvement **d'ouverture à l'autre**, à son environnement. Il soutient la dynamique relationnelle. Ainsi nous pouvons observer des enfants qui pour être en relation, et par manque de tonus, favorisent l'extension du tronc en bloquant l'air inspiré.

Il s'agit du « **tonus pneumatique** » dont nous avons déjà évoqué (Bullinger, 2001). Nous pouvons donc dire qu'**inspirer profondément soutient la présence au monde qui nous entoure.**

- **Des temps de silence**

Entre chaque inspiration et expiration, un **temps d'arrêt** se fait naturellement, appelé « **apnée** » (Calais-Germain, 2007). Le mouvement respiratoire se suspend, non pas parce qu'il est contraint ou empêché, mais parce que sur ce court temps⁶ le besoin de respirer n'est plus « éprouvé ». Ces apnées physiologiques se règlent sur les besoins d'apport en oxygène et d'évacuation du dioxyde de carbone. Autrement dit, ce temps de silence correspond à la satisfaction du besoin respiratoire, au même titre que la satiété à la faim. Il rend compte d'un état d'équilibre entre la force élastique des poumons qui cherchent à retrouver leur position initiale et les forces qui tendent à ouvrir les poumons (exercées par différents muscles que nous verrons plus tard). Notons que chez le nouveau-né ces temps de silence, de vide, sont très courts. Ils peuvent être source d'anxiété, de rupture et être vécus comme une fin pour le jeune enfant. Ce n'est que plus tard que ces temps pourront être vécus sereinement et calmement. En effet, l'apnée est un temps de détente globale du tonus corporel, très recherché pendant la relaxation.

- **Au rythme d'une continuité parfois surprenante**

Ainsi le corps répète sans cesse le même geste : des mouvements d'aller-retour auxquels l'inspiration et l'expiration correspondent, **rythmés** par des temps de silence (Calais-Germain, 2007). Le rythme est un élément essentiel dans le développement de l'enfant. D. MARCELLI accorde au rythme une qualité de liant entre la continuité des « **macrorhythmes** » et la rupture entre un avant et un après dans les « **microrhythmes** » (Marcelli, 2007).

Les « **macrorhythmes** » concernent la satisfaction des besoins du quotidien. Parce qu'il y a une continuité, une répétition, comme c'est le cas dans la respiration, l'enfant peut anticiper ce qui suit : après l'inspiration vient l'expiration, etc. Ces « **anticipations confirmées** » nourrissent son sentiment de toute puissance et lui donnent *l'illusion* de créer le monde. « *Inscrit dans un macrorhythme suffisamment répétitif stable et sûr, le bébé peut " construire " la continuité de son narcissisme où ce qui est attendu advient, où l'attente confirmée calme et apaise* » (Marcelli, 2007, p.126).

⁶ Plus ou moins long en fonction de l'activité et de l'entraînement. Par exemple le temps d'apnée est plus long pendant le sommeil.

Nous pouvons donc dire que le rythme continu de la respiration soutient le « sentiment de continuité d'existence ».

Les « **microrhythmes** », eux, sont du domaine de la surprise. Là, où l'enfant s'attend à une répétition, un changement advient. D. MARCELLI l'illustre avec le jeu de « *la petite bête qui monte* ». Après avoir répété plusieurs fois la montée de la petite bête, la mère amène, dans une dimension ludique, une tromperie suscitant la surprise chez son enfant. Ces « **anticipations trompées** » *désillusionnent* l'enfant de son pouvoir de créateur du monde. Il y a moi et l'autre, qui n'est pas tout le temps là « où je l'attends ». Ces petits temps de jeux permettent à l'enfant d'investir l'attente avec excitation (Marcelli, 2007). Comme la respiration est aussi contrôlable, elle peut être un moyen de jeu pour venir tromper l'enfant. **Ainsi nous pouvons dire que la respiration amène de la différence. L'enfant surpris par le changement respiratoire de son parent découvre l'existence d'un moi et d'un autre, différent de moi.**

Alice (13 ans), « Moi » puis « Moi et Toi »

Avec Alice, chaque séance se termine dans un corps à corps où notre respiration est rythmée par les soupirs de la chanson « North-Air de Jabrane Mohamed Sebnat ». Mon souffle, régulier et continu est dirigé vers son visage. Alice se pose dans mes bras avec un regard intérieur et nos respirations ne font plus qu'une.

Jusqu'à ce que j'ajoute une variante dans mon souffle (direction, intensité, vitesse). Alice, surprise, sourit et me répond avec son souffle. Un jeu de souffle « à moi, à toi » commence. Je me fais attendre... Alice plisse les yeux, prête à rire et attend avec plaisir.

L'activité automatique de la respiration, lui donne un aspect de continuité, d'identique. Mais pourtant le geste respiratoire change sans cesse : dans son amplitude, son rythme, sa vitesse, dans le son qui l'accompagne mais aussi dans les parties du corps qui sont sollicitées. **Il y a un nombre infini de possibilités de respirer.** Ces variations peuvent être inconscientes, discrètes, mais elles peuvent aussi surprendre et nous saisir ou au contraire, être fruit de notre contrôle. La richesse du mouvement respiratoire est possible grâce en partie, aux nombreux systèmes musculo-articulaires sollicités et à des portes d'entrée ou de sortie qui peuvent varier.

2.2. Les orifices de la respiration : le nez, la bouche

▪ Les tuyaux

Des « tuyaux » assurent la conduction de l'air (et donc un lien) entre les poumons et le milieu extérieur. Il s'agit des voies aériennes supérieures qui comprennent la trachée, le larynx et le pharynx.

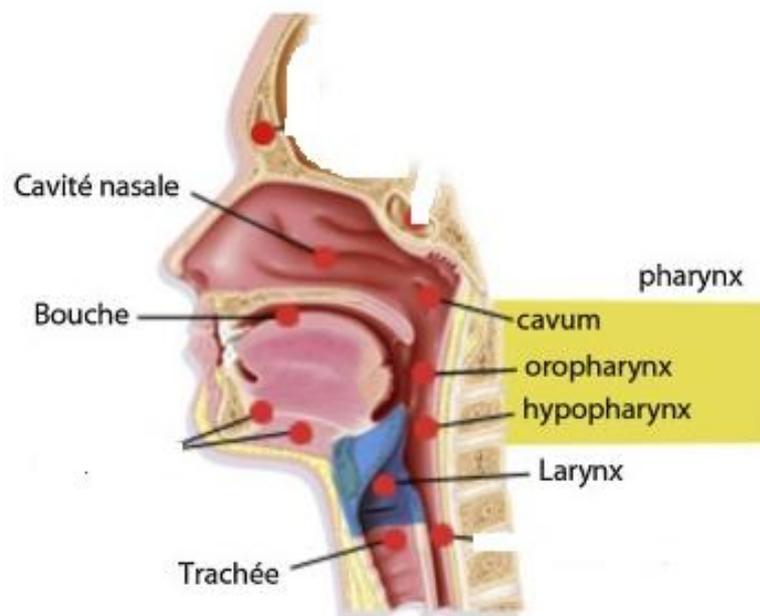


Figure 3 : Les voies aériennes supérieures (Science Direct)

Débouchant sur deux orifices, deux voies respiratoires se distinguent : la voie nasale et la voie buccale.

▪ Le nez

Le nez est une partie très visible de l'appareil respiratoire. Il se présente comme une arête médiane qui délimite deux narines contournées par les ailes du nez. La partie intérieure du nez est composée de deux cavités, les fosses nasales, qui débouchent sur la partie haute du larynx. Elles contiennent des petits os, appelés les cornets du nez, tapissés de muqueuses humides et chaudes. Ainsi l'air qui passe par le nez ne circule pas « *en ligne directe, mais animé de turbulences, ce qui contribue à le réchauffer et à l'humidifier* » (Calais-Germain, 2007, p. 73).

De plus comme la muqueuse est garnie de poils, les vibrisses, les poussières sont retenues et ainsi l'air **purifié** avant son entrée dans les poumons.

Les fosses nasales contiennent également les **terminaisons du nerf olfactif**, ce qui est intéressant car les odeurs ont valeur de **contenant**, « *les personnes polyhandicapées recherchent souvent les odeurs familières ; lors de leur perte, les désorganisations tonico-émotionnelles sont fréquentes* » (Bullinger, 2007, p.29). En effet, l'enfant peut dès sa naissance reconnaître le lait maternel, l'odeur de sa mère... Les flux olfactifs le renseignent sur son monde.

Respirer par le nez amène alors aux poumons un air de meilleure qualité : chaud, humide et purifié. En même temps, la respiration nasale donne par le biais des odeurs, des repères organisateurs pour l'enfant et joue un rôle dans sa relation avec autrui. D'ailleurs, la respiration nasale est la respiration la plus naturelle. En effet, le nourrisson ne respire que par le nez dans les premiers mois de sa vie, excepté s'il manque d'air (obstruction nasale, pleures, cris...) où alors il utilise la cavité buccale.

▪ **La bouche**

La respiration buccale est quasi-impossible chez le nourrisson de moins de six mois. Ceci s'explique par une localisation haute du larynx : l'os hyoïde (situé en haut du larynx) est à hauteur des deux premières cervicales ce qui rétrécit considérablement l'espace pharyngé, la langue remplit la cavité buccale et appuie sur le voile du palais, et l'épiglotte en contact avec ce dernier s'en trouve basculé (Bertiau, 2014). Pour mieux saisir la difficulté du nourrisson à respirer par la bouche, nous pouvons essayer d'adopter une posture qui « écrase » au maximum notre cou et ainsi observer notre respiration.

L'intérêt de cette structuration anatomique est qu'elle protège le nourrisson des fausses routes en dessinant deux voies distinctes : une voie nasale pour la respiration et une voie buccale pour l'alimentation. Le nourrisson peut alors respirer et manger simultanément, sans danger.

Progressivement, le développement amène à une descente du larynx créant ainsi l'espace oro-pharyngé. La bouche commence à exister dans la respiration chez le nourrisson d'environ six mois. D'ailleurs, un élément notable de cette investissement, sont les vocalises observables à cet âge. En effet, la respiration fait vibrer les cordes vocales et comme **les flux d'air varient davantage** par la bouche, les vocalises ne sont que plus riches.

Il n'est pas peu commun d'entendre, notamment dans des techniques corporelles diverses, que la respiration par la bouche est de « moins bonne qualité » que celle par le nez. Mais en fait, il serait plus judicieux de dire que chaque voie a ses propres intérêts et inconvénients. La respiration par la bouche se montre avantageuse lorsqu'il s'agit de **brasser une plus grande quantité d'air** car les conduits sont plus larges et les trajets plus courts. Ainsi la respiration buccale est plus pertinente pour atteindre des **respirations profondes**, assurer la ventilation lors d'une activité physique intense, etc. (Calais-Germain, 2007).

Je remarque parmi les enfants polyhandicapés que je rencontre, que certains investissent peu l'espace de la bouche pour respirer. Nous pouvons nous demander si cet espace existe pour eux, d'autant plus en cas de gastrostomie ou d'alimentation compliquée. G. HAAG fait de l'orifice de la bouche un élément d'observation de sa « *grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité* ». Elle souligne des angoisses de perte du « *pourtour de la bouche* » et admet donc que l'existence de cet orifice peut être perturbée ou non acquise dans la pathologie (Haag, 1995). L'exemple de Julia que nous avons vu précédemment l'illustre : en retenant sa respiration, elle bouche le trou de la cavité buccale, peut-être pour faire face aux angoisses de se vider.

Les orifices jouent un rôle dans l'appropriation du corps, car ils sont **lieu de passage entre un dedans** - moi et un **dehors** - non-moi, mais aussi car, grâce à la richesse de leur équipement sensoriel, ils sont le lieu **d'investissement libidinal** et **relationnel** au cours du développement de l'enfant (Pireyre, 2015).

L'exemple d'Orlane l'illustre. Cette petite fille a une gastrostomie depuis plusieurs mois : alimentation et hydratation vont directement dans son ventre sans passer par la bouche. Cependant, en ce moment, elle semble être dans des recherches autour de cette cavité. Par exemple, elle plaque son menton et sa bouche au sol et frotte avec une forte intensité.

Orlane (2 ans), « La bouche »

*Aujourd'hui, je dirige mon souffle sur son visage pour entrer en relation avec elle. Elle ne me regarde pas, mais cesse aussitôt son mouvement. Puis, je recommence. Orlane tente alors d'attraper l'air avec sa main, jusqu'à ce que sa main rencontre ma bouche : « Oh ! L'air sort de ma bouche... ». Là, elle me regarde et je reprends. Le mouvement de son visage (même peut-être de sa bouche ?) semble suivre la direction de mon souffle. Et dans ce mouvement, de l'air entre à l'intérieur de sa bouche. Surprise, elle la referme aussitôt. Puis, son visage se colore dans un mélange d'**intrigue et de plaisir**, en laissant l'air s'échapper par le tout petit trou qu'elle forme avec sa bouche.*

2.3. La respiration et l'unité corporelle

Le « pompage » de l'air est possible en partie grâce aux mouvements automatiques d'un muscle : le diaphragme. Etant donné que la force de l'expiration dépend en grande partie de l'élasticité des poumons et que le diaphragme assure l'inspiration, il est le principal muscle de la respiration. Le diaphragme se situe à l'intérieur de la cage thoracique, entre le thorax et l'abdomen. Nous verrons, après avoir dessiné le pourtour de ce muscle, qu'il unit plus qu'il ne sépare ces deux espaces.

▪ **Le pourtour du diaphragme**

La forme du diaphragme pourrait se rapprocher de celle d'une coupole plus ouverte à l'avant qu'à l'arrière, avec en son centre une surface tendineuse, appelée le *centre phrénique* d'où partent les fibres musculaires. Les fibres musculaires sont de trois sortes en fonction de leur terminaison : **devant**, les *fibres sternales* qui se rejoignent à l'arrière de la pointe du sternum ; **derrière**, les *fibres vertébrales* qui se terminent sur les lombaires L1, L2 et L3 ; et **autour**, les *fibres costales* qui s'attachent sur les cinq derniers arcs costaux. **Ce muscle est donc installé dans le tronc sur un très grand dénivelé** (Calais-Germain, 2007). Comme il englobe une grande partie du dos, la respiration ample, et donc les variations toniques de ce muscle, (r)éveillent cet espace. Autrement dit, le mouvement du diaphragme éveille la sensation du dos, mais aussi le sentiment-sensation d'un pourtour du corps.

▪ Le haut, le bas et l'intérieur

Au dessus du diaphragme se situent les viscères thoraciques : les poumons et le cœur. Ils adhèrent au diaphragme, ils sont comme accolés grâce aux plèvres et au péricarde. En dessous, se situent les viscères de l'abdomen : l'estomac, le foie, les reins, la rate, le pancréas, l'artère aorte et les « *angles* » du gros intestin. Là aussi, ils adhèrent au diaphragme. Le diaphragme est donc comme un « **adhésif double face** » qui sépare mais surtout qui **unit ces deux espaces** (Calais-Germain, 2007).

Ainsi, dans son mouvement le diaphragme brasse les viscères du haut et du bas du corps, simultanément. « *Bien que, viscéralement parlant, le mouvement respiratoire se déroule dans le thorax, il est impossible, fonctionnellement, de dissocier les mouvements thoraciques de ceux qui se produisent dans l'abdomen.* » (Calais-Germain, 2007, p.126). Un mouvement de l'abdomen amène du changement au niveau du thorax et inversement.

Par le biais de la mobilisation des viscères, la respiration éveille les afférences proprio- et intéroceptives et ainsi la sensation d'un intérieur du corps (Pireyre, 2015, p.95).

▪ Les autres muscles de la respiration ou des respirations

Les mouvements du diaphragme s'harmonisent avec ceux des autres muscles. Même si la respiration n'est pas leur fonction principale, ils sont également engagés dans la dynamique respiratoire. Nous allons en citer quelques uns et les situer dans le corps sans les détailler. Ces muscles respiratoires relient les parties suivantes du corps aux **côtes** :

- **La tête et le cou** avec le sterno-cléido-mastoïdien, les scalènes, le trapèze...
- **La ceinture scapulaire** avec les petits et grands pectoraux devant et les grands dentelés sur la partie postéro-latérale...
- **La colonne dorsale** avec les surcostaux, les muscles spinaux, les petits dentelés...
- **L'abdomen et la région pelvienne** avec les abdominaux et les muscles du plancher pelvien (qui ne rejoignent pas les côtes mais soutiennent le caisson abdominale)...

La respiration engage donc d'un point de vue fonctionnel, l'ensemble du corps. L'action de l'ensemble de ces muscles permet de découper le cycle respiratoire en trois étages. Ainsi il est possible d'entendre parler de **respiration diaphragmatique ou ventrale** lorsque la contraction du diaphragme provoque l'abaissement de son centre phrénique et donc une poussée des viscères de l'abdomen, provoquant un gonflement du ventre ; de **respiration thoracique** lorsque l'ouverture de la cage est principalement due à l'action des muscles de la colonne dorsale ; et de **respiration claviculaire** lorsque l'élévation des côtes est permise par la contraction des muscles du cou et de la ceinture scapulaire.

Comme la respiration est le marqueur de notre vie et que d'un point de vue anatomique elle engage tout notre corps, elle nous accompagne tout le temps et partout. Elle rythme ou se laisse rythmer par nos activités plus ou moins calmes, elle s'harmonise à tout notre quotidien. Nous allons maintenant nous intéresser à expliquer comment cette fonction si ancrée dans notre corps, au sens de l'organisme, est le support de nos fonctions vitales, et aussi celui de notre moi.

3. La respiration comme support...

3.1. ... des besoins fondamentaux

Parmi les besoins fondamentaux, nous retrouvons le besoin de respirer, d'être à température, de sommeil, de s'alimenter et s'hydrater, d'éliminer et de se mouvoir. La respiration soutient tous ces besoins.

Une respiration plus passive favorise l'élimination du dioxyde de carbone et la détente musculaire. Elle diminue alors la chaleur du corps. Cependant, si la respiration est plus active elle peut aussi réchauffer le corps. Et inversement, en fonction de la température extérieure notre respiration s'adapte. Par exemple, lorsque nous sortons en plein hiver, notre respiration est plus superficielle et dynamique pour compenser la faible température.

De plus, la respiration s'harmonise aux rythmes veille/sommeil. L'état de conscience et donc de vigilance est divisé en cinq stades. En fonction des stades la respiration est modifiée. Aux stades II (sommeil agité), IV (veille actif) et V (pleurs), la respiration est irrégulière et périodique. Alors qu'aux stades I et III, qui correspondent à l'état de sommeil et de veille calme, la respiration est profonde et régulière. **Une respiration paisible soutient donc un sommeil efficace et un état de présence de qualité.**

Le geste respiratoire est aussi lié à l'alimentation et l'hydratation. Notre respiration se coordonne à la déglutition, en basculant l'épiglotte et donc en empêchant les fausses routes. Par le massage abdominal permis par une respiration plutôt ventrale, l'acte respiratoire favorise l'élimination. Elle peut donc être très utile en cas de constipation.

Étant donné que les muscles ont besoin d'oxygène et que la respiration engage un nombre de muscles non négligeable, il est évident qu'elle s'adapte et en même temps influence notre façon de se mouvoir. Son rôle est d'autant plus essentiel quand nous manquons de force musculaire, elle soutient l'effort. D'ailleurs, nous pouvons le voir chez le nouveau-né, lors de ses premiers mouvements. Par manque de force, les conduites de rassemblement et de redressement du nouveau-né, qui favorisent la construction de l'axe corporel, dépendent dans un premier temps de sa respiration.

3.2. ... de la conscience de l'axe corporel

L'axe corporel comprend la tête, le cou et le tronc et sa construction permet à l'enfant d'intégrer progressivement les repères spatiaux de son corps avec dans un premier temps l'avant et l'arrière du corps, puis l'axe et les côtés et enfin le haut et le bas. L'investissement corporel dépend en partie de l'intégration de l'axe corporel. La respiration intervient seulement dans le **haubanage avant-arrière** grâce à ses **mouvements d'inspiration et d'expiration**. De ce fait, nous ne détaillerons que ce point.

Dans les premiers mois de sa vie, le nouveau-né subit la pesanteur. Ses mouvements de redressement dépendent alors essentiellement de sa respiration. Le mouvement inspiratoire, en favorisant l'ouverture du tronc, soutient les muscles extenseurs qui sont encore trop faibles pour contrer, seuls, l'effet de la pesanteur. A. BULLINGER parle de la fonction « **tonique pneumatique** » de la respiration (Bullinger, 1998). L'enfant bloque sa respiration pour maintenir sa position et son relâchement entraîne la flexion du tronc.

Cependant, si l'extension va trop loin l'enfant ne peut retrouver une position d'enroulement seul. L'appui de ses parents est alors essentiel pour que l'enfant s'enroule et puisse, comme nous l'avons vu, construire son moi.

Progressivement, les muscles du plan antérieur s'ajustent à ceux du plan extérieur. L'équilibre entre la flexion et l'extension s'établit et ainsi, le nouveau-né construit « *l'arrière-fond* ». C'est à partir de ce moment-là que la respiration se libère de sa fonction « *tonique pneumatique* » (Bullinger, 1998).

3.3. ... de l'Image du corps

La respiration peut également être un support de l'image du corps, au sens de la psychomotricité, sens qu'E. PIREYRE a théorisé dans son livre *Clinique de l'image du corps* (2015). Les confusions entre schéma et image du corps ont amené E. PIREYRE à réactualiser ces termes. Selon lui, le schéma corporel ne serait rien de plus que la sensibilité somato-viscérale ou la sensorialité. Il ne serait qu'une partie de l'image du corps. L'image du corps pourrait se définir comme **la façon dont l'individu vit et investit son corps, son corps sensoriel, émotionnel, affectif et relationnel, conscient et inconscient. De ce fait, l'image du corps est intimement liée au Moi.**

Il reconnaît à l'image du corps une forme composite. Parmi les neuf sous-composantes qu'il définit, nous en avons déjà abordé certaines en les mettant en lien avec la respiration :

- Par la répétition de ses cycles, les mouvements qu'elle entraîne et les sensations qu'elle éveille, la respiration peut nourrir le sentiment de **continuité d'existence**. (E. PIREYRE associe également **l'identité** et **l'identité sexuée** à l'image du corps, mais étant donné qu'elles font suite à la continuité d'existence et qu'elles s'éloignent de notre questionnement initial, nous ne les aborderons pas).
- **La peau et les orifices** font également partis de l'image du corps. L'air qui entre et qui sort par le nez et la bouche et qui « s'entrechoque » avec la peau, peut étayer l'investissement de ces parties du corps par l'enfant.
- **L'intérieur du corps** peut être perçu par la mobilisation des viscères lors du mouvement respiratoire. Nous pouvons ajouter que la respiration associée à des sons fait vibrer l'intérieur du corps et donc les os. Par le biais de la respiration, il est possible d'amener à la conscience du squelette du corps.

- **Les angoisses corporelles** retrouvées chez l'enfant polyhandicapé, peuvent être compensées par un blocage de la respiration.

Il nous reste donc trois composantes de l'image du corps : la **sensorialité**, le **tonus** et les **communications corporelles**. Nous allons maintenant nous y intéresser pour les mettre en lien avec la respiration.

▪ **Sensorialité**

Selon E. PIREYRE, qui s'appuie aussi bien sur les neurosciences que la psychanalyse, la sensation pure n'existe pas, elle n'est que perception. Elle est toujours affectée par un « **système cognitivo-affectif** ». De ce fait « *nous ne percevons jamais notre corps tel qu'il est* » (Pireyre, 2015, p.119), nous y ajoutons toujours une émotion de l'ordre de l'agréable ou du désagréable. Sensorialité et subjectivité sont donc très liées.

Respirer profondément éveille les sensations et la qualité d'écoute et d'attention portée sur le corps augmente. Il est possible d'en ressentir des fourmillements dans l'ensemble du corps. De plus, dans son mouvement la respiration éveille les stimulations intéroceptives, par la stimulation des viscères et si elle est nasale elle peut aussi se colorer par les odeurs, « *L'odorat, le sens le plus archaïque et le plus développé à la naissance, entre manifestement dans la construction des repères affectifs intimes* » (Pinelli, 2006, p. 23).

▪ **Tonus**

D'après RICHARD et ORSAL (2001), le tonus est comme « *une activité contractile plus ou moins continue des muscles striés* », (cité par Pireyre, 2015, p.101). Le tonus est en lien avec la vie affective du sujet. C'est ce que H. WALLON d'abord, puis J. de AJURIAGUERRA par la suite, ont montré en développant la notion de **dialogue tonico-émotionnel**, concept essentiel dans l'approche psychomotrice. Il est le moyen privilégié de communication entre l'enfant et son entourage. Le tonus qui rend compte de l'état émotionnel du bébé est transmis par le canal tonique (dans les bras ou à distance) à son proche. En s'y ajustant, l'entourage donne du sens à l'émotion de l'enfant.

Le tonus peut être de trois sortes : le **tonus de fond** qui correspond à l'état de légère tension permanente au repos, le **tonus d'action** qui joue un rôle dans la réalisation du geste et le **tonus de posture** qui est en lien avec l'attitude corporelle adoptée pour maintenir une position.

Le tonus de fond, les gestes et les postures **prennent forme en fonction des émotions** de la personne, et caractérisent ainsi sa subjectivité. Nous pouvons dire qu'il en est de même pour le geste respiratoire. Chacun a sa propre manière de respirer.

Une émotion très forte peut même provoquer un blocage de la respiration. D'ailleurs, cela se retrouve dans le langage courant : « ça m'a coupé le souffle ». Mais elle peut aussi provoquer un blocage dans le corps, dans le tonus. W. REICH propose de nommer « **cuirasse musculaire et caractérielle** » la répression des émotions qui s'enracinent dans le corps sous forme de tensions musculaires. Il définit la cuirasse musculaire en sept segments : l'oculaire, l'oral, le cou, le thorax, le diaphragme, l'abdomen et le pelvis (Fourcade, 2010). Excepté le segment oculaire, tous correspondent à des espaces corporels qui concernent la respiration, c'est-à-dire qu'un blocage d'entre eux a des incidences sur la respiration de l'individu et inversement. La cuirasse diaphragmatique englobe le diaphragme, l'estomac, le pancréas, le foie et le plexus solaire (Hantute, 2007). Ce dernier, considéré comme le siège des émotions, se situe juste en dessous du *centre phrénique* du diaphragme. Reprenons l'exemple de Julia.

Julia (12 ans), « le souffle coupé »

Sa respiration est très superficielle. Elle se traduit par de discrets mouvements de la ceinture scapulaire et par quelques cris qui « s'échappent ». Tout comme sa respiration, son corps est « bloqué » et traduit toute son angoisse.

Le segment diaphragmatique mais aussi ceux qui l'accolent, semblent complètement figés chez Julia. Cela s'observe à la fois dans son corps et dans sa respiration.

La retenue des émotions impacte donc notre tonus et ainsi notre respiration. Mais la prise de conscience du geste respiratoire ne pourrait-il pas permettre la conscience des tensions musculaires et donc les libérer ? Comme le dit B. LESAGE, « *le jeu de la respiration aboutit en fait à une modulation tonique : respirer dans une zone du corps, c'est moduler sa tonicité et l'inclure dans une dynamique d'ensemble, donc l'articuler au sens étymologique du terme, la relier harmonieusement à la globalité* » (Lesage, 2012, p.76). La respiration lorsqu'elle est profonde amène à un état de détente, en libérant les tensions ancrées dans le corps. Elle libère aussi les émotions qui y sont enfouies.

Ainsi, la respiration apparaît comme un moyen pour harmoniser la répartition du tonus et donc **soutenir le vécu d'un corps unifié et rassemblé**. Son lien avec le tonus et les émotions lui donne une dimension communicative.

▪ Les communications corporelles

C. BALLOUARD préfère remplacer le terme de « communication non verbale » par celui de « **communications corporelles** » pour redonner au corps sa place centrale (Pireyre, 2015). En effet, la communication par le corps précède l'acquisition du langage et même, quand le verbal s'impose dans la communication, le corps continue de s'exprimer : « *Nous ne pouvons pas ne pas communiquer* » (Pireyre, 2015, p. 126).

Le corps est le « *théâtre* » où les émotions se manifestent (Damasio, 2002) et celles-ci, liées à notre subjectivité, se transmettent et se partagent instantanément et involontairement par le biais du **dialogue tonico-émotionnel** (comme nous l'avons déjà évoqué). Le dialogue tonico-émotionnel comprend six composantes : les modifications toniques, les réactions de prestance, les attitudes corporelles, les mimiques, les gestes et le regard. En fonction de notre subjectivité, nous utilisons des canaux plus que d'autres et nous sommes réceptifs à certains plus que les autres (Pireyre, 2015).

Le **geste respiratoire** étant intimement lié à nos émotions et notre tonus, nous pouvons dire que sa valeur de communication est indéniable. La manière de respirer traduit le reflet de l'état émotionnel. L'émotion modifie la respiration : une respiration lente et profonde traduit des affects associés au calme et à la sérénité ; alors qu'une respiration rapide et superficielle est plutôt associée à des états d'agitation, d'anxiété, d'angoisse, de peur, etc. De même, le soupir qui est dû à la décontraction du diaphragme traduit un état de bien être, de détente alors que le soupir qui résulte de la contraction des muscles de l'expiration (abdominaux...) traduit plutôt un agacement. L'exemple que nous avons vu de Léo, lorsqu'il respire pour dire « merde » l'illustre.

Le dialogue tonico-émotionnel et donc la respiration, favorisent la communication des émotions mais ils jouent aussi un rôle de « **pare-excitation** ». Selon W. BION, le nourrisson est bombardé de données sensorielles confuses qui ne sont qu'excitation pour lui. Il les nomme les « *éléments β* ». L'enfant a alors besoin que la mère assure ce qu'il appelle la « *fonction α* », qu'elle « détoxifie » l'expérience, qu'elle donne du sens à ce que son enfant vit (Albaret, 2015). Et ce sens prend forme par l'ajustement tonique et donc aussi respiratoire. L'exemple de Timothée qui, en cause de son syndrome Angelman, présente une excitabilité importante, l'illustre.

Timothée (9 ans), « Dans le cerceau »

Assis dans le cerceau, Timothée le tient avec ses deux mains de chaque côté. Avec lui, j’amorce un mouvement de va et vient en alternant les mains, de manière à ce que le cerceau frotte son dos. Il se raidit et commence à rire mais parvient à se calmer seul. Comme il tente de reproduire le mouvement, j’interviens pour le guider. Cette fois-ci, son émotion le déborde complètement et l’empêche de continuer à jouer. Face à lui, j’utilise ma respiration pour le contenir et l’aider à retrouver son calme.

Ainsi la communication avec l’enfant polyhandicapé s’enrichit, si nous savons sur quoi nous appuyer, si nous savons repérer ses canaux préférentiels pour s’exprimer mais aussi ceux auxquels il est le plus sensible. Et la respiration peut en faire partie. Notre manière de respirer nous est propre. De plus la respiration est le support de la voix, des vocalises et du langage.

La respiration semble jouer un rôle dans l’appropriation et l’investissement de son corps. Nous pouvons dire qu’elle soutient notre image du corps. L’image du corps est inconsciente mais elle peut aussi émerger à la conscience, notamment par le biais des médiations dans une approche psychomotrice.

Pour conclure cette partie...

Nous pouvons retenir que respirer est à l’interface entre sensations, mouvements, émotions et relations. Elle est aussi à l’interface entre dedans et dehors, à l’interface entre viscéral et locomoteur, et enfin à l’interface entre inconscience et conscience. Autrement dit, la respiration dépend de notre façon d’être et en même temps elle façonne notre manière d’être au monde. La respiration est donc tout ce qu’il y a de plus authentique à ce que « je suis ».

Ainsi elle pourrait soutenir le sentiment d’être toujours le même ici et maintenant, le sentiment d’un corps unifié, sécurisant et stable, et surtout le sentiment d’un corps qui m’appartient. Mais encore faut-il en avoir conscience. Nous allons dans la partie suivante, argumenter sur l’intérêt du regard du psychomotricien sur la dimension vitale de la respiration et sur son intérêt dans le suivi psychomoteur. Enfin, nous verrons en quoi la prise de conscience de la respiration en psychomotricité soutient l’émergence du Moi.

RECAPITULATIF DES HYPOTHESES

Surprise par la respiration des enfants polyhandicapés, une question s'est imposée à moi : **comment l'enfant peut-il investir son corps à « bout de souffle » ?**

Tout d'abord, mes recherches sur la respiration m'ont amenée à concevoir que cette fonction vitale est au centre de la dynamique du sujet. En effet, elle est en lien avec le tonus, les émotions, la sensorialité et la relation, elle fait partie intégrante de l'être au monde. Et chez l'enfant polyhandicapé, elle prend une place particulière du fait de l'organisation musculo-orthopédique du sujet, des fortes émotions ou encore d'une non prise de conscience de cette fonction continue de l'ensemble du corps.

À partir de là, j'ai dégagé plusieurs hypothèses

- * La respiration de l'enfant porteur de polyhandicap est source d'angoisse pour lui et ses proches. Le psychomotricien pourrait par son regard, le soutenir dans ce vécu du corps difficile.
- * La respiration est en lien avec le vécu émotionnel. Sa prise en compte en psychomotricité soutiendrait le sentiment d'un corps en relation et donc l'émergence d'un Moi et d'un non-moi, l'autre.
- * Amener à une respiration profonde en séance psychomotrice, favoriserait l'éveil des sens, la présence à soi, l'écoute de son corps et ainsi son appropriation.
- * La respiration alterne des mouvements de flexion et d'extension. Le psychomotricien pourrait, par le biais de la respiration, soutenir l'enfant dans la prise de conscience de son axe corporel, essentiel à la construction du sentiment de Soi.
- * La prise de conscience de la respiration en psychomotricité, étant une fonction continue de l'ensemble du corps, favoriserait le sentiment de la permanence de mon corps dans son unité et ses limites, d'un corps à Moi.

Alors comment le psychomotricien peut-il, en s'intéressant à la respiration de l'enfant polyhandicapé, le soutenir dans la construction d'une maison du corps plus solide pour l'habiter ?

Je propose de répondre à cette question à partir de mon expérience de stage au JES.

III - LA RESPIRATION DANS LA PRISE EN SOIN PSYCHOMOTRICE

Nous avons vu que l'acte respiratoire dépend à la fois d'une organisation anatomique et physiologique mais également d'une organisation psychosomatique et c'est dans cette double complexité qu'il intéresse le psychomotricien. En effet, le psychomotricien « *contient à l'intérieur de lui, cette articulation fondatrice soma/psyché* » (Potel, 2006, p. 102). La psychomotricité considère le sujet dans sa globalité : **elle s'intéresse autant au soma qu'au psychisme, considérant ces deux notions comme faisant parties d'un tout, le corps habité par le sujet**. Le bagage théorique de la psychomotricité, situé au « *carrefour* » des différents regards (neurologie, psychanalyse, psychosomatique, psychiatrie et phénoménologie) permet de prendre en compte l'individu dans toutes ses dimensions (biologique, cognitive, motrice, affective, sociale et psychique) (Joly, 2010). C'est ainsi que son approche est pertinente auprès de l'enfant polyhandicapé, dont les multiples troubles s'intriquent et atteignent son corps tout autant que son être au monde.

Le cadre de la profession dépend en partie de son cadre d'intervention, des personnes rencontrées et des conditions de la rencontre. Nous pouvons dire que la psychomotricité entre dans un cadre, qui dans notre situation, se définit par le cadre institutionnel du Jardin d'Enfants Spécialisé (JES).

1. La psychomotricité auprès de l'enfant polyhandicapé

1.1. Être psychomotricien au Jardin d'Enfants Spécialisé (JES)

▪ Cadre institutionnel

L'établissement est un Jardin d'Enfants Spécialisé (JES) de type Institut d'Éducation Motrice (IEM). Il dépend de l'Association des Paralysés de France, renommée depuis avril 2018 sous le nom de « **APF France Handicap** ». Il est agréé à accueillir cinquante enfants polyhandicapés de leur naissance jusqu'à leur dix ans. En réalité il intègre aussi des enfants plus âgés, en attente d'une orientation vers un autre établissement. Il s'agit d'un accueil du lundi au vendredi en externat.

Le trajet entre la maison et la structure est assuré, pour une grande majorité des enfants, par des bus et dure plus ou moins longtemps (jusqu'à deux heures pour certains enfants). De ce fait les transmissions du quotidien, entre parents et professionnels, passent essentiellement par le biais d'un cahier.

L'établissement se divise en sept groupes dont chacun à son propre projet, réfléchi et construit pour s'adapter au six ou huit enfants accueillis. La répartition des enfants se réfléchit en fonction de leurs besoins, de leur projet de vie mais également des places disponibles sur le groupe. Chaque groupe est encadré par une équipe du quotidien composée de trois professionnels aux formations variées (éducateurs de jeunes enfants, éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, auxiliaires de puériculture, aides médico-psychologiques, aides-soignants).

La journée au JES commence à 9h par un temps de « bonjour » sur le groupe, ritualisé et adapté à chaque enfant. Puis elle s'organise entre des temps de changes, de repas, de repos, de goûter et de jeux libres. La semaine se rythme d'ateliers éducatifs hebdomadaires, de prises en soin paramédicales régulières (kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie...) et de suivis plus ponctuels (médecin, psychologue...) en fonction des besoins de l'enfant. Certains enfants ont aussi des temps de classe, soit en individuel au sein même du JES avec un enseignant spécialisé, soit dans une Classe pour L'Inclusion Scolaire (CLIS). Enfin, la journée se termine (du moins celle au JES) par le temps du « au revoir » vers 16h.

Les besoins de l'enfant polyhandicapé et ceux de l'organisation institutionnelle justifient un nombre important de professionnels, et donc de compétences au sein de l'établissement.

▪ **Les professionnels du JES : équipe pluridisciplinaire et la transdisciplinarité ?**

Les professionnels du JES se répartissent entre une équipe de direction, une équipe de services généraux, de services administratifs, une assistante sociale, une pédopsychiatre, un médecin de rééducation fonctionnelle, des infirmières, une psychologue, des kinésithérapeutes, des psychomotriciennes, des orthophonistes, une ergothérapeute, des éducateurs spécialisés, des éducateurs de jeunes enfants, des moniteurs éducateurs, des aides-médoco-psychologiques, des auxiliaires de puériculture, des aides-soignants et un enseignant spécialisé.

Intervient donc auprès de l'enfant une équipe pluridisciplinaire. Mais dans le cadre du polyhandicap, de par sa complexité et l'intrication de ses troubles, la pluridisciplinarité de l'équipe doit veiller à une autre qualité : la transdisciplinarité. Cette dernière correspond à la **qualité du professionnel à enrichir sa pratique de celle des autres professionnels sans en perdre ses spécificités**. L'intérêt de la transdisciplinarité dans la pluridisciplinarité est qu'elle « n'éclate pas » l'enfant entre les différentes approches. Elle **favorise la mise en lien et le suivi global de l'enfant**. Nous pouvons donc dire que tout comme les troubles du polyhandicap, **les compétences des professionnels ne peuvent s'additionner, elles se multiplient** (Saulus, 2008). La transdisciplinarité se retrouve chez les professionnels au sein du JES. Ces échanges peuvent se faire lors des réunions d'équipe, ou pendant des ateliers en binôme ou encore sur des temps informels. Par exemple, les professionnels du quotidien questionnent la psychomotricienne sur le change de Mélissa.

Mélissa (7 ans), Un change compliqué

Dès que Mélissa est en décubitus dorsal, elle adopte une posture en hyperextension, ce qui complexifie le temps du change pour les professionnels. Temps difficile pour les professionnels mais aussi pour elle. Elle le manifeste par des vocalises d'inconfort. Sur un temps informel, la psychomotricienne les accompagne et propose de mettre un coussin-rouleau au niveau de sa tête pour favoriser son enroulement. Le contact d'une main sur son ventre l'aide aussi à se rassembler.

Les séances en pluridisciplinarité sont aussi riches pour la transdisciplinarité. Par exemple, la kinésithérapeute et la psychomotricienne co-animent un atelier sensori-moteur sous le regard d'un professionnel du quotidien.

Orlane (2 ans), Prendre conscience du bas de son corps

La psychomotricienne propose à Orlane des stimulations tactiles au niveau du bas de son corps, en déposant un collier de perles sur ses pieds nus. Orlane qui investit peu le bas de son corps, commence à mouvoir ses jambes et ses pieds. Puis, le collier glisse ! Elle parcourt alors l'espace proche avec ses pieds pour tenter de le retrouver.

Cette situation se déroulant sous le regard d'une professionnelle du groupe, cette dernière, étayée par la psychomotricienne, a pu la reprendre sur des temps du quotidien.

Les deux exemples précédents illustrent les capacités du psychomotricien à partager ses observations psychomotrices, mais il est évident qu'il se nourrit tout autant des pratiques des autres professionnels. Prenons l'exemple de Timothée en atelier moteur avec la psychomotricienne et la kinésithérapeute.

Timothée (9 ans), Comment se mettre debout ?

Le passage par la position chevalier servant est difficile pour lui. La kinésithérapeute montre à la psychomotricienne une autre façon pour accompagner Timothée à se lever, plus simple pour lui. Debout derrière lui, elle le tient au niveau du buste. Timothée pousse alors sur ses jambes pour atteindre la position debout. Ceci est repris à la fin des séances en psychomotricité.

D'autres temps sont formalisés pour les échanges entre professionnels. Ils concernent le suivi de l'enfant dans l'institution. Ils s'organisent sous différentes formes de réunions : des points hebdomadaires de réflexion éducatifs, des points hebdomadaires pour les paramédicaux, des réunions de l'équipe globale, d'autres pour la mise en œuvre des projets des enfants et leur évaluation, des réunions favorisant l'articulation entre le dispositif d'accueil des enfants et l'organisation institutionnelle, et enfin des réunions propres à l'organisation institutionnelle et à son évaluation.

Les professionnels du JES accueillent régulièrement des étudiants en formation. Après avoir expliqué la place de la psychomotricité au sein de l'institution, je développerai sur ma place en tant que stagiaire psychomotricienne.

▪ **La place de la psychomotricité**

Les psychomotriciennes sont au nombre de quatre (à temps partiel) au sein du JES et chacune est référente d'un ou deux groupes. Elles interviennent sur les groupes pour observer les enfants dans leur quotidien et échanger avec les professionnels. Elles peuvent aussi participer à la réflexion de l'aménagement de l'espace pour adapter l'environnement aux besoins et expériences des enfants ou encore, être amenées à l'accompagnement des repas (en fonction du projet de l'enfant). De plus, elles assurent les bilans et suivis psychomoteurs des enfants du groupe, sous prescription médicale. Les bilans servent à l'évaluation des compétences de l'enfant et à comprendre où il en est dans sa structuration psychocorporelle. Au sein du JES, il s'appuie en grande partie sur de l'observation psychomotrice.

Chaque année, le psychomotricien réalise un bilan d'évolution où il définit les axes de soin en accord avec les besoins de l'enfant et son projet individualisé d'accompagnement. Il est discuté avec le médecin de la continuité ou non, du suivi. En fonction des indications, les séances peuvent être individuelles ou en groupe et sont parfois co-animées (avec une personne de l'équipe du quotidien, un autre paramédical, la psychologue...). Ces temps de séances peuvent aussi être un espace-temps d'échanges privilégiés avec les parents.

Les psychomotriciens du JES ont également pour mission l'accueil de stagiaire en psychomotricité.

▪ **Ma place de stagiaire en psychomotricité**

Mon stage se déroule de mi-octobre 2017 à fin juin 2018 à raison d'un jour et demi par semaine avec les psychomotriciennes. J'interviens plus ponctuellement le vendredi en autonomie, à la fois pour observer les enfants que je rencontre en séance, dans leur quotidien, mais aussi pour observer et échanger davantage avec les autres professionnels.

Encadrée par deux psychomotriciennes du JES, je suis amenée à intervenir auprès de quatre groupes. Au vu de mon temps de présence et de mon champ d'intervention, les temps de transmissions avec les psychomotriciennes et les équipes du quotidien sont primordiaux pour assurer une cohérence dans ma pratique. Jusqu'à fin décembre, j'occupe une place d'observatrice. Puis, progressivement, je mets en place les séances auprès de plusieurs enfants.

Le cadre de la psychomotricité et de mon stage au JES étant dessiné, nous allons maintenant développer les particularités de l'approche psychomotrice auprès de l'enfant polyhandicapé.

1.2. Rencontres entre psychomotricien et enfant polyhandicapé : quels intérêts ?

▪ **Accompagner l'enfant polyhandicapé dans la construction de soi**

L'enfant polyhandicapé rencontre des difficultés dans la construction de son image du corps comme point de départ de tout sentiment d'existence. Nous avons pu le voir avec les différents profils établis par G. SAULUS. Or, accompagner l'enfant en difficulté dans la construction de son image du corps fait parti des champs d'intervention du psychomotricien. Nous pouvons le retrouver sous le terme « *troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique* » dans le décret des compétences du psychomotricien (décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice). Étant donné que l'image du corps se construit dans la relation et à partir des sensations, des émotions et du tonus, le psychomotricien a toute sa place pour en favoriser son émergence. En effet, il propose à l'enfant des expériences corporelles où celui-ci peut vivre son corps comme base de sécurité, le vivre comme un tout contenant. Autrement dit, le psychomotricien accompagne l'enfant à revivre des expériences précoces pour pouvoir les intégrer. Ainsi il soutient l'enfant dans la prise de conscience de son unité corporelle qui est un fondement de l'individuation, il favorise l'intégration de ses limites, œuvre à la différenciation du moi / non-moi et soutient alors les possibilités motrices et relationnelles de l'enfant.

▪ **La notion de plaisir**

Vivre son corps avec plaisir n'est pas évident pour l'enfant polyhandicapé. En effet, comme nous l'avons vu l'enfant subit son corps plus qu'il ne le vit, il subit sa motricité désorganisée, ses sensations envahissantes et ses émotions débordantes. Son corps est le lieu d'angoisses corporelles majeures mais aussi de douleur à cause des tensions musculaires, des déformations du corps, des mauvaises postures, de l'épilepsie...

La psychomotricité auprès de l'enfant polyhandicapé a pour grand objectif de le soutenir à « *renouer avec un corps plaisir, éprouvant, mouvant et vivant* » (Legrand, 2008 p. 296). La notion de plaisir y est primordiale. En effet, le psychomotricien propose des expériences ludiques qui donnent envie à l'enfant, de découvrir, s'approprier et investir son corps. Par le plaisir que l'expérience suscite, l'enfant cherche à la renouveler et donc à en faire sienne. Il peut alors intégrer ses possibilités d'actions sur son propre corps et sur son environnement.

Ainsi accompagner l'enfant dans sa structuration de son identité psychocorporelle, revient à l'accompagner « **à habiter son corps avec plaisir, désir et vie ; ce corps, qui réagit, agit, interagit, se meut, s'émeut.** » (Legrand, 2008, p. 296).

Le psychomotricien attache une importance au plaisir dans sa pratique mais d'autant plus quand il est partagé, quand enfant et psychomotricien sont ensemble. En effet, comme le dit F. Joly, la psychomotricité est « **une motricité ludique en relation** » (Joly, 2008, p. 25)

- **Être ensemble**

Pour que l'enfant puisse exister et ainsi investir son corps, il a besoin de l'étyage d'autrui, que quelqu'un investisse son corps pour (avec) lui, comme ses parents peuvent le faire au début de la vie. Dans la situation du polyhandicap, cet investissement peut être difficile pour les parents à la fois en cause des difficultés dues aux différentes annonces, comme nous avons pu l'évoquer, mais également de la particularité de la communication de l'enfant polyhandicapé. En effet, les signaux corporels sortent de l'ordinaire et il n'est pas toujours simple de les comprendre pour y donner du sens. C'est ce que B. LESAGE affirme « *nos systèmes habituels sont mis à mal, et il nous faut nous centrer sur cette part souvent obscure de notre relation, développer un dialogue corporel structurant* » (Lesage, 2005, p.2).

Or, le psychomotricien au cours de sa formation initiale s'implique dans des pratiques corporelles et s'approprie ainsi un « *outil* » de dialogue structurant qui lui permet de mieux cerner l'enfant dans ses aspects du corps en relation : le **dialogue tonico-émotionnel** (Pireyre, 2007). En s'engageant dans la relation, le psychomotricien prête son corps à l'enfant. Il le laisse l'habiter. Ainsi les états émotionnels qui débordent l'enfant, résonnent dans le corps du psychomotricien. Celui-ci les contient puis leur donne sens. Il s'agit alors de comprendre ce qui se passe pour l'enfant à partir de l'expérience de notre corps. Pour reprendre l'expression de C. POTEL, nous pouvons dire que le psychomotricien favorise la « *mise en pensée du corps* » (Potel, p. 324).

Le psychomotricien développe un savoir être, une certaine qualité de présence corporelle qui lui permettent de « *rencontrer l'enfant là où il est comme il est* » (Desobeau, 2010, p. 60). Il s'ajuste à ce que l'enfant lui dit avec son corps en relation. Il adapte ainsi sa posture, ses gestes, sa voix, son regard, ou même sa respiration.

Rencontrer suppose l'existence de l'autre, du non-moi. Nous ne pouvons pas juste rencontrer. **Nous rencontrons forcément quelqu'un.** Ainsi **la psychomotricité en s'inscrivant dans une dynamique de relation, d'être ensemble, reconnaît et soutient l'enfant polyhandicapé dans la construction de sa subjectivité, de son existence, de son être au monde.**

Ces rencontres entre psychomotricien et enfant polyhandicapé s'inscrivent dans un cadre thérapeutique qui exerce une fonction à la fois contenante et aussi de tiers.

1.3. La nécessité d'un cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique contient une action thérapeutique « *dans un lieu, dans un temps et dans une pensée* » (Potel, 2010, p. 321). Il permet de **délimiter un ici et maintenant qui contient les expériences sensorielles et motrices de l'enfant, pour le laisser être soi en toute sécurité.** L'enfant qui perçoit la sécurité, les limites et la stabilité du cadre peut alors rejouer des expériences corporelles précoces. C. POTELE distingue le cadre physique du cadre psychique (Potel, 2010).

Le cadre physique est très concret. Il correspond à **l'espace** et au **moment** de la séance, à sa **durée**, aux **conditions matérielles et d'encadrement**. Au JES l'espace peut être une des deux salles de psychomotricité, la pataugeoire, la salle snoezelen ou la balnéothérapie. Les moments et la durée de la séance sont définis au début de l'année (entre trente minutes et une heure, une à deux fois par semaine selon les enfants). Le psychomotricien implique sa propre sensibilité dans le choix du matériel ou de la médiation. Tous ces choix qui permettent de construire le cadre physique de la séance sont déterminés en fonction du psychomotricien et de l'enfant, pour permettre d'être un « *vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps* » (Potel, 2010, p. 322).

Le psychomotricien en s'impliquant assure, grâce à sa contenance corporelle et la mise en pensée des vécus corporels, le cadre psychique de la séance. Il prête son corps pour tenter de comprendre ce que l'enfant vit. Pour cela, il « *développe une certaine façon de recevoir, qui évoque les premières trames d'une enveloppe relationnelle primaire* » (Potel, 2010, p. 330). La fonction contenante du psychomotricien favorise l'émergence du Moi mais cela ne peut se faire sans un tiers qui aide à la séparation et la différenciation. Le cadre physique assure, par le rappel aux règles, cette fonction de tiers tout comme le psychomotricien. En effet, ce dernier de par sa disponibilité psychique, sa qualité d'écoute et de présence s'implique dans la relation et se distancie. **Il est à la fois un réceptacle du Moi de l'enfant et un séparateur du Moi, non-moi.**

Pour conclure, le cadre n'est pas quelque chose de défini à l'avance. Il se construit dans la relation de l'enfant et du psychomotricien. Le psychomotricien s'investit pour construire ce cadre, il s'y implique et le tient par la suite. Ce cadre thérapeutique est à la fois suffisamment étanche et à la fois suffisamment souple, comme la peau de notre corps. Il n'enferme pas mais contient.

Le cadre d'intervention étant posé ici, il est entendu que maintenant lorsque nous parlerons d'enfants, nous comprendrons enfants polyhandicapés. Nous allons alors articuler le soin psychomoteur de l'enfant avec la notion de respiration.

2. La respiration : de son aspect vital à sa prise en compte en psychomotricité

2.1. L'aspect vital

▪ Où es-tu quand ta respiration fait des siennes ?

Le besoin de respirer reste parfois insatisfait chez l'enfant polyhandicapé, en cause de toux inefficaces, de faiblesses musculaires, de déformations orthopédiques, de nez encombrés...

La respiration stagne alors dans un **entre deux** : entre deux chiffres, 90 et 94% de saturation en oxygène ; mais aussi entre deux états, le soulagement d'une respiration efficace et un risque de désaturation, autrement dit **entre la mort et la vie**. Plus cet état d'inconfort persiste ou sa gravité augmente, plus il est source d'angoisse et de douleur pour l'enfant. L'enfant semble alors vivre une **rupture dans son sentiment d'exister**. Son corps étant trop insécure pour l'habiter, ses états de présence varient, un coup là, un coup absent. Cette insécurité se perçoit aussi dans son environnement. En effet, les professionnels deviennent hypervigilants. Ils observent tous ces signaux corporels (battement des ailes du nez, dyspnée, présence d'une cyanose...), la saturation est régulièrement mesurée et les kinésithérapies respiratoires peuvent se répéter.

▪ **« Kiné respi ! », quelle place pour le psychomotricien ?**

La kinésithérapie respiratoire consiste en quelques mots à des techniques d'alternance entre une méthode d'accélération du flux expiratoire et de relâchement au niveau de la cage thoracique. En plus, une aspiration nasale et buccale peuvent être réalisées en fonction des besoins de l'enfant. La séance vise à faire expectorer l'enfant afin d'effectuer un désencombrement bronchique et de libérer en partie ses voies aériennes.

La nécessité d'une kinésithérapie respiratoire est évaluée par le médecin ou en son absence l'infirmière ou le kinésithérapeute. Elle peut être ponctuelle ou s'inscrire dans le projet de soin de l'enfant.

John (4 ans), Kiné respi au quotidien ? Oui, 2 fois par jour s'il vous plaît !

John a des troubles respiratoires importants et son alimentation est compliquée. Les professionnels du quotidien remarquent une déglutition plus efficace le midi quand John a eu une séance de kiné respi dans la matinée. Un protocole est alors mis en place : une séance est prévue avant chaque repas au JES (le matin entre 10h et 11h, et l'après midi avant le goûter).

L'exemple de John nous montre à quel point la kinésithérapie respiratoire peut être présente pour certains enfants. Ce soin est parfois compliqué pour eux mais aussi pour les professionnels. Il est alors nécessaire de le faire à deux.

Au sein du JES, les psychomotriciennes interviennent peu sur cet espace. Ceci pourrait s'expliquer par des raisons organisationnelles. En effet, les séances de kinésithérapie respiratoire ne sont pas strictement définies dans le temps (entre deux prises en soin, sur demande urgente...). Ainsi les demandes de soutien, quand elles sont jugées nécessaires par le kinésithérapeute, sont davantage adressées aux professionnels présents sur le groupe. Ce soutien est alors assuré seulement s'ils sont disponibles...

La kinésithérapie respiratoire contraint l'enfant et si celui-ci n'a pas construit un sentiment stable de son existence, comme c'est le cas chez la plupart des enfants polyhandicapés, nous pouvons supposer que cet acte, **indispensable pour lui, soit aussi désorganisateur et envahissant**. Le psychomotricien pourrait alors intervenir pour accompagner l'enfant dans cette épreuve. Pendant que le kinésithérapeute réalise le soin technique, le psychomotricien assurerait un rôle de soutien contenant. Parmi les quelques occasions où j'ai pu proposer mon aide, deux d'entre-elles ont abouti. J'ai ainsi participé à la séance d'Orlane avec une kinésithérapeute et celle d'Alizée avec une autre.

*Les deux professionnelles commencent la séance de la même manière : en me prévenant « **Tu vas voir, c'est assez impressionnant** ». En effet, rien que la salle me paraît impressionnante. Froide et étroite. Elle donne tout de suite un ton médical. Une table calée dans un angle et des murs recouverts de placards et étagères où apparaissent machines, masques, sondes, fils et tout autre matériel dont j'ignore le nom. Cette salle me paraît à la fois surchargée et en même temps vide. Pas une trace de peluche, dessin au mur ou mobile suspendu.*

Pendant un instant j'oublie que nous sommes dans un établissement d'accueil pour enfants...

Orlane (2 ans), ça bouge !

J'installe Orlane sur la table, le temps que la professionnelle prépare le matériel. Orlane se met aussitôt en mouvement. Nous attendons sans savoir ce qui va se passer. Le silence se rompt d'un coup par le bruit assourdissant de l'aspiration nasale. Avec la balle à fils que nous avons amené, je tente d'orienter le regard d'Orlane sur le côté mais elle continue de remuer. J'essaye de lui proposer une position plus regroupée avec un appui au niveau de sa tête et l'autre au bassin, mais l'espace étant trop étroit, nous nous gênons avec la professionnelle. Le soin continu par un massage pour accélérer le flux expiratoire. Découvrant, les gestes en même tant qu'Orlane, quelques mots sont mis sur les sensations qu'elle peut ressentir.

Ce soin ensemble est difficile tant pour elle, que pour la kiné et moi-même.

Alizée (9 ans), soin éclair !

Pour Alizée la séance est courte. Rapide inspiration nasale et aide à la toux. Pendant tout le soin, son regard semble accroché au mien.

Ces deux situations, ainsi que l'article de M. THERAIN, *S'éveiller et Grandir à l'hôpital*, m'ont permis de penser aux bénéfices éventuels du regard d'un psychomotricien en kinésithérapie respiratoire. Cette liste est non-exhaustive. Elle ne pourrait que s'enrichir en fonction de chaque enfant :

- **Aménagement de l'espace** : décoration sur les murs, prévoir quelques jeux, ajouter la photo de l'enfant sur son panier (comme cela est fait sur les groupes)...
- Favoriser la **mise en place de rituels** pour que l'enfant puisse se repérer dans le soin : images, objets, mots, chansons, réaliser le soin en amont sur une peluche...
- **Installation de l'enfant** : proposer des positions plus regroupées quand c'est possible en adaptant le soin, entre deux soins, avant de retourner dans le fauteuil, en proposant des appuis avec les mains ou des coussins...
- **Précéder le soin par un toucher contenant** de la partie du corps concernée pour l'éveiller avant de la solliciter.
- **Mettre des mots** sur les sensations, verbaliser ce qui est vécu et ce qui va se passer.
- Formaliser la mise en place **des soins en binômes**, un soignant pour le geste technique et l'autre contenant pour la relation, quand cela est nécessaire pour l'enfant et le professionnel.

Le psychomotricien pourrait donc, par son regard, **construire avec le kinésithérapeute un protocole de soin** pour permettre à l'enfant et aux professionnels de mieux le vivre. Dans le cas où la mise en place de soins en binôme est nécessaire, le protocole étant établi, l'accompagnement en kinésithérapie respiratoire pourrait être poursuivi par un professionnel du quotidien. Autrement dit, il s'agirait de **réfléchir au soin respiratoire tout comme nous réfléchissons aux soins des autres fonctions physiologiques de base (le change, le repas, le sommeil...)**.

Ainsi l'approche psychomotrice peut concerner la respiration dans son aspect vital mais elle ne peut s'y résumer. Dans une approche psychomotrice, nous allons maintenant nous intéresser à la respiration efficiente, à observer comment l'enfant respire pour comprendre qui il est.

2.2. Observation psychomotrice de la respiration

▪ Grille d'observation

Les possibilités de respirer étant très nombreuses, je propose la grille suivante pour guider l'observation de la respiration de l'enfant polyhandicapé. Cette grille sera un appui pour l'observation mais elle pourra prendre sens seulement resituée dans un **contexte**.

Entrée et Sortie de l'air	Parties du corps en mouvement	Rythme
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Par le nez</u> (battement des ailes du nez...) - <u>Par la bouche</u> (constamment ouverte, fermée...) - <u>Contrôle</u> du passage de l'air (bloque, retient par à-coups, vidage...) - <u>Sons</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - tête - torse - cage thoracique - ventre - mobilisation de l'axe corporel - volume mobilisé - amplitude du mouvement - mouvement actif/passif - pendant l'<i>inspir</i>, pendant l'<i>expir</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - vitesse - régulier, irrégulier - apnée (quand, durée...) - durée de l'<i>inspir</i> - durée de l'<i>expir</i>
Efficacité	États associés	
<ul style="list-style-type: none"> - Essoufflement - Rougeur de la peau - Chaleur corporelle 	<ul style="list-style-type: none"> - état tonique : posture, mouvement tension... - état émotionnel : douleur, angoisse, peur, calme, sérénité... - état de présence : vigilance, écoute, attention, agitation... 	

▪ Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur se réalise sous prescription médicale. Il rend compte de comment l'enfant habite son corps, comment il l'investit dans la relation à l'autre et à son environnement. Ici, je ne reprendrai pas l'importance du bilan psychomoteur et son intérêt, mais je centrerai cet outil du psychomotricien avec un regard porté sur la respiration. Le bilan de l'image du corps proposé par E. PIREYRE dans son ouvrage (2015) sera un appui pour penser la respiration dans l'examen psychomoteur suivant.

Tout d'abord, le bilan psychomoteur commence par la restitution de l'**anamnèse**. Il sera l'occasion de se renseigner sur d'éventuels atteintes somatiques au niveau respiratoire, les complications respiratoires passées ou les risques associés (obstruction, fausses routes, pneumopathie, épilepsie, hospitalisation...). Il peut aussi être intéressant de s'informer sur les soins respiratoires passés (kinésithérapie respiratoire, mise sous oxygène...). Ces renseignements donnent des **indices sur le vécu corporel de l'enfant**.

Ensuite, la respiration intéresse différents items du bilan. Notamment, elle concerne **l'évaluation du tonus**. Les tests de ballant ou d'extensibilité pour évaluer le **tonus de fond**, peuvent être biaisés par la difficulté de l'enfant à relâcher. Le psychomotricien peut alors par le biais de sa respiration aider l'enfant à relâcher. Ainsi il rend compte davantage du tonus de fond de l'enfant, de ses possibilités et limitations dans sa souplesse et ses amplitudes. La respiration peut également renseigner sur les **possibilités de régulation** et de **recrutement tonique** de l'enfant. Bloque-t-il sa respiration pour maintenir sa posture ? Sa respiration rend compte de son aisance ou non dans les différentes postures. Ajuste-t-il sa respiration à ses mouvements ? Est-il essoufflé suite au mouvement ? Nous pouvons nous demander si la respiration est utilisée dans sa « **fonction pneumatique** » (Bullinger, 1998). Entre autre, il s'agit d'évaluer la respiration comme moyen de compensation ou comme support au mouvement et à la posture.

La respiration rend aussi compte des affects associés aux diverses stimulations. Elle est un **indicateur du degré de sensibilité**.

Julia saisit la plume à la demande de la psychomotricienne. Elle bloque alors sa respiration et crie. Elle lâche la plume et l'observe toujours en apnée.

Par son souffle, la psychomotricienne peut également **tester la sensibilité tactile de l'enfant** et observer ses réactions (suit, dévie, réaction de défense).

L'observation de la respiration peut aussi renseigner sur **l'image du corps**. L'enfant peut l'utiliser pour faire face à des **angoisses corporelles majeures** notamment, comme c'est le cas pour Lucie.

Lucie se procure des sensations avec sa respiration. Elle laisse sortir l'air subitement par à coups avec un son «unn, unn, unn ».

Ces fortes sensations créées par l'acte respiratoire pourraient être un moyen pour Lucie de se sentir exister.

L'acte respiratoire peut aussi intéresser comment l'enfant vit **l'intérieur de son corps**.

Julia semble toujours retenir sa respiration. Chaque passage de l'air vers l'extérieur est accompagné par des petits cris « qui s'échappent ».

Dans cet exemple, nous pouvons supposer que Julia vit l'intérieur de son corps comme quelque chose qui pourrait se vider. Peut-être qu'elle n'a pas encore intégré la solidité de son squelette interne ?

Au travers du bilan, nous pouvons également rendre compte de la respiration dans son **aspect communicationnel**. L'enfant l'utilise-t-il dans sa relation à l'autre ? Réagit-il à la respiration d'autrui ? Comme Julia, par exemple.

J'observe Julia et la psychomotricienne. Le regard de Julia croise par hasard le mien à quelques reprises. Il ne dure pas. Cependant, lorsque je respire profondément, elle se retourne et me fixe quelques secondes. La psychomotricienne verbalise alors ma présence.

L'enfant peut également nous communiquer une douleur par le biais de sa respiration.

Pour conclure, nous pouvons dire que l'observation de la respiration en bilan psychomoteur permet de nous donner des **indices sur la façon dont l'enfant vit son corps, sur la façon dont il se l'approprié et l'habite**. Le bilan oriente la nécessité ou non d'un suivi psychomoteur et en donne les axes de soin. La respiration peut aussi prendre une place importante en séance.

2.3. La respiration en séance psychomotrice

▪ **La respiration en relation**

La respiration en séance psychomotrice est avant tout un moyen pour **être en relation**. Par ce biais, l'enfant nous communique ses états émotionnels, plaisir ou déplaisir ou encore ses douleurs.

Julia (12 ans), émotion trop forte !

Les propositions de jeux de déséquilibre sont souvent suivies par une toux de Julia. Elle semble manquer d'air et me donne parfois même l'impression d'étouffer. Avec la répétition, sa toux laisse place à quelques discrets sourires.

La toux manifeste une gêne dans le passage de l'air. Elle pourrait, chez Julia, s'expliquer par une forte réaction tonico-émotionnelle déclenchée par la sensation de déséquilibre, émotion qui diminue avec la répétition.

Léo (9 ans), Douleur à la cheville ?

L'équipe se questionne quant à une douleur éventuelle de Léo à sa cheville. La kinésithérapeute manipule le pied de Léo à la recherche d'un signe pendant que la psychomotricienne observe ses réactions. Lors d'un certain mouvement, le regard de Léo se fige, son corps se raidit et sa respiration s'accélère soudainement.

Ces réactions peuvent être signe d'une douleur pour Léo. Notamment, la brutalité du changement de sa respiration le laisse penser.

Le psychomotricien peut également **utiliser son souffle pour rencontrer l'enfant**, soit en respirant profondément (comme l'exemple précédent de Julia) ou avec un son associé, ou encore en soufflant sur l'enfant pour éveiller ses sensations tactiles. La respiration associée à un son grave (« o » ou « a ») assure, en résonnant, un effet contenant.

La respiration permet donc d'établir ce lien fondamental de la psychomotricité : la relation. Psychomotricien et enfant se rencontrent et peuvent ainsi construire la séance.

▪ **La respiration comme base d'une sécurité interne**

Nous avons évoqué la notion d'enroulement comme essentielle à la construction narcissique de l'enfant. De plus, ces mouvements de rassemblements alternant avec des mouvements d'ouverture permettent à l'enfant de construire son axe corporel. Ils favorisent alors le vécu d'une sécurité interne. Or l'enfant polyhandicapé « *présente souvent un schème d'extension et de rotation interne des ceintures* » (Lesage, 2005, p. 5). **Le psychomotricien peut en appuyant son expiration soutenir l'enfant dans la diminution de ses tensions et ainsi l'accompagner dans l'enroulement.**

En effet, l'expiration est associée à une fermeture du tronc et elle peut être transmise à l'enfant par le biais du dialogue tonico-émotionnel.

Mélissa (7 ans), Portage difficile

En séance de balnéothérapie, Mélissa manifeste son plaisir par une hyperextension. Le portage devient alors difficile. Mélissa ne parvient pas à retrouver sa position initiale après cette explosion de joie. La psychomotricienne l'accompagne en expirant avec un son « aaaaaah ». Mélissa se rassemble et est à nouveau disponible pour expérimenter son corps en relation.

Ainsi, le psychomotricien en respirant, propose à l'enfant un « **vécu de soi mieux rassemblé, centré** » (Lesage, 2005, p. 5). Il l'accompagne dans la prise de conscience d'une fonction continue de l'ensemble du corps, la respiration.

▪ **Prise de conscience d'une fonction continue de l'ensemble du corps**

E. PIREYRE conçoit la prise de conscience du corps comme une « **véritable pierre angulaire de la thérapie psychomotrice** » (Pireyre, 2015, p. 197) ou encore comme « *une des bases théoriques fondamentales, appuyée sur les neurosciences et la psychologie à la fois [...] de la psychomotricité* » (Pireyre, 2015, p. 200). Le psychomotricien en accompagnant l'enfant à porter attention à son corps, **le fait exister**. Il amène un changement dans le corps, dans la tonicité, les sensations et les affects associés. Cette prise de conscience du corps peut être prolongée par une représentation (Pireyre, 2015). Elle amène le patient à se confronter à une réalité corporelle vécue, à **faire exister son corps et donc le sujet qui l'habite**. Elle peut se faire avec ou sans stimulations sensorielles.

Julia (12 ans), toucher pour respirer

Le trajet du groupe à la salle en marchant pieds nus, suscite beaucoup d'émotions pour Julia. Debout face à la psychomotricienne, elle tremble et a le souffle coupé. La psychomotricienne le verbalise mais rien ne change. Elle accompagne alors la sensation de la respiration par un toucher au niveau du torse et un autre au ventre. Julia s'apaise.

Alice (13 ans), « Oh ! Tu as la respiration toute bloquée »

Suite à cette verbalisation, Alice souffle.

Nous pouvons supposer que Julia n'a pas suffisamment intégré la fonction respiratoire pour l'intégrer à son image du corps, contrairement à Alice qui semble en avoir une certaine représentation.

En favorisant la prise de conscience d'une fonction continue de l'ensemble du corps - la respiration - le psychomotricien accompagne l'enfant à se sentir unifié, rassemblé, à sentir son axe et à spatialiser le dedans et le dehors. L'enfant fait l'expérience d'un corps contenant, stable et sécurisant, l'expérience d'un corps unifié avec des limites. En effet, « avec le souffle, l'enfant découvre l'intérieur de son corps ; la prise de conscience respiratoire que l'on généralise à tout le corps contribue à la sensation d'unité corporelle » (Reinalter Ponsin, 2002, p. 98). L'expérience corporelle est toujours accompagnée d'un affect, qui par la parole du psychomotricien ou sa réponse corporelle, prend sens. L'émotion « détoxifiée » permet de garder une trace de cette expérience du corps.

Lucie (3 ans), Prendre appui sur la respiration contenante de la psychomotricienne

Dans les bras de la psychomotricienne, l'effleurage de la peau de son visage par les cheveux de la psychomotricienne, la désorganise complètement. Elle s'enferme dans ses stéréotypies (blocage de l'air, stimulation visuelle avec la main...). La psychomotricienne adapte alors sa respiration, plus ample et profonde. Progressivement, Lucie pose sa tête sur le torse de la psychomotricienne. Ses stéréotypies cessent, ses yeux se ferment.

Nous avons montré dans la partie précédente, le lien entre la respiration et l'image du corps. Nous pouvons donc dire que **la prise de conscience d'une fonction continue de l'ensemble du corps - la respiration - favorise l'émergence, la construction de l'image du corps.** Dans sa pratique, le psychomotricien peut utiliser son propre corps pour favoriser l'attention portée sur le corps, comme les exemples précédents l'illustrent, mais il peut également être amené à utiliser des médiateurs.

▪ Des médiateurs à la respiration

Le médiateur se situe à **l'intermédiaire de soi et de l'autre**. Il amène de la différence entre le psychomotricien et l'enfant, et aussi l'idée du « même ». En effet, il les met en lien avec un « *objet commun à partager et créer* » (Potel, 2010, p. 364). Cet **objet malléable, attractif et investi** par le psychomotricien et l'enfant devient un espace de jeu, un lieu d'expériences sensorielles et motrices qui aident à la représentation et transforme les éprouvés.

Le psychomotricien découvre et s'approprie différents médiateurs, au cours de sa formation initiale mais aussi de son parcours professionnel. Les médiations peuvent aussi être enrichies par des pratiques personnelles. Une fois investies par le psychomotricien, elles peuvent être utilisées en séance pour faciliter la prise de conscience du corps de l'enfant. Parce que le psychomotricien expérimente le médiateur, parce qu'il le vit mais aussi parce qu'il en écoute les vécus racontés par autrui, il peut proposer de donner du sens aux sensations de l'enfant, d'y mettre des mots et ainsi de l'accompagner dans ses représentations.

Plusieurs médiateurs peuvent être utilisés pour favoriser la prise de conscience de la respiration et donc du corps, par exemple : la plume de part sa légèreté peut rendre compte des mouvements respiratoires les plus fins ; le gros ballon favorise la mise en forme du corps ou des changements de posture, induisant ainsi des changements significatifs sur l'acte respiratoire ; ou encore les bulles qui sont créées par le souffle.

Alice (13 ans), Souffler doucement

Lors d'un exercice de conscience corporelle où j'invite Alice à respirer doucement, Alice souffle de toutes ses forces. Installée face à face, nous dessinons avec notre corps, un espace dans lequel une plume est placée. Plusieurs fois, la plume s'envole hors de notre espace, sous le coup de souffle puissant d'Alice. Progressivement, Alice parvient à adapter son souffle et les temps d'échanges durent plus longtemps.

Les percussions osseuses, la voix et le toucher éveillent, par les sensations qu'ils procurent, également la prise de conscience de la respiration.

Julia (12 ans), Se sentir respirer

Suite à des percussions osseuses au niveau de son torse, induites par la psychomotricienne, Julia prolonge ses cris. Ils ne s'échappent plus mais se libèrent, tout comme sa respiration.

Nous pouvons donc dire que le médiateur aide à faire « exister » la respiration de l'enfant.

En portant un regard sur la respiration de l'enfant, le psychomotricien tente d'en comprendre sa structuration psychocorporelle et ainsi de le soutenir dans son développement. De plus en faisant exister la respiration de l'enfant, le psychomotricien reconnaît l'enfant en tant que sujet et l'accompagne dans la structuration. Les rencontres avec Alice vont nous permettre d'illustrer cliniquement ce lien entre psychomotricité, polyhandicap et respiration.

3. Des rencontres... Alice !

« C'est bien la rencontre avec les patients, des personnes sujets, qui rend notre métier si passionnant. [...] C'est ainsi que j'utilise rarement le mot « cas » qui est pour moi trop médical, lui préférant le mot « histoire ». Dans « un cas », on se met à distance et on observe. Dans une histoire, il y a une cocréation, quelque chose qui se vit ensemble, qui se tisse ensemble. »

(Catherine POTEL, 2010, p.8)

C'est en lisant **Catherine POTEL**, que je me questionne sur le terme « étude de cas », utilisé au cours de notre formation. Dans « cas », il y a quelque chose de figé, d'arrêté. Or, la psychomotricité s'inscrit dans une dynamique de relation. C'est pourquoi, je préfère le terme de rencontre, qui, selon moi, correspond davantage au paradigme de notre profession.

Ainsi je commencerai par présenter l'histoire de cette jeune fille et de son polyhandicap, avant d'aborder son projet de vie au sein de l'établissement. **Ensuite, dans le but d'exposer ma réflexion et mon analyse d'Alice, j'évoquerai nos rencontres et le travail effectué, ensemble, autour de la respiration en psychomotricité.**

3.1. Présentation générale

▪ **Alice**

Alice est une jeune fille de treize ans qui, de part sa taille et son poids, paraît plus jeune que son âge. Ses longs cheveux bruns sont souvent regroupés en chignon, dégageant son visage, qui est illuminé par un sourire charmeur. Elle a un regard vague qui s'explique par sa déficience visuelle. Elle adopte une posture particulière en raison d'une rigidité importante dans l'ensemble de son corps. Assise dans un siège moulé, ses épaules sont haussées et ses bras fléchis touchent son buste qui est en flexion. Elle redresse sa tête pour être en relation, ce qui accentue la lordose cervicale. Ses jambes sont serrées l'une contre l'autre. Deux orthèses qui englobent ses pieds et remontent jusqu'à ses genoux, tendent à prévenir l'accentuation de la position de ses pieds en varus équin. L'hypertonie, plus marquante dans son hémicorps droit, fige quasiment ses possibilités de mouvements. Son siège moulé est placé sur un fauteuil roulant, ce qui lui permet une certaine possibilité d'autonomie dans ses déplacements.

Elle a accès à des petits jeux symboliques et au langage verbal : elle comprend et formule des phrases simples. Cependant, son langage perd parfois de son sens, ce qui se traduit par des logorrhées, des écholalies et des persévérations. Elle reconnaît et différencie les personnes de son entourage, à partir de leur langage corporel (voix, bruit des pas, odeurs...). Dans la relation à autrui, elle se montre active et adapte son échange en fonction de la personne en face d'elle. Elle montre un réel plaisir à être en relation. Elle se présente comme une jeune fille **avenante, câline et très expressive**. En effet dès notre premier rencontre, Alice demande à finir la séance de psychomotricité dans mes bras, où elle en profite pour faire de nombreux bisous. Elle apprécie particulièrement la musique et les massages.

▪ **Son contexte familial**

Ses parents ont une quarantaine d'années et travaillent tous les deux. Elle est alors en garde chez une nourrice pendant les premiers mois de sa vie. En 2005, ses parents divorcent et refont chacun leur vie de leur côté. Alice vit avec sa mère et son beau-père (qui a un fils en garde alternée) et un week-end sur deux elle va chez son père qui habite à trois heures de route. Elle entretient une bonne relation avec ses parents, ce qui n'est pas le cas avec son beau-père. Elle se montre agressive avec ce dernier, ce qui se manifeste par des insultes, des morsures et des coups.

- **Son quotidien**

Pour ses activités quotidiennes, Alice montre son envie à faire seule et demande de l'aide quand elle a besoin. Elle participe aux changes et aux transferts en se tenant avec ses bras et par un appui sur ses jambes. Elle montre une certaine autonomie pendant le repas, l'aide étant nécessaire seulement pour orienter l'assiette, lui rappeler de se redresser et quand elle est fatiguée. Du fait de sa fatigabilité, elle a besoin d'un temps de repos en début d'après-midi. Au quotidien, Alice **passé peu de temps à « ne rien faire »** (jeux, musique, livres et les différents suivis thérapeutiques et les ateliers éducatifs au sein du JES).

Du lundi au vendredi, elle va au JES, mais avant de présenter son quotidien dans la structure, nous allons décrire l'anamnèse.

3.2. Anamnèse

Alice est née à terme fin août 2004, par césarienne, avec un indice staturo-pondéral ordinaire et un score Apgar de 10/10. Elle présente un développement harmonieux jusqu'à un traumatisme précoce.

- **Diagnostic**

En juin 2005, un diagnostic d'hématome sous dural est posé suite à des manœuvres traumatiques chez la nourrice. Elle reste deux semaines dans le service de réanimation pédiatrique avant de rejoindre celui de neuro-pédiatrie pendant deux mois.

Comme une majorité des bébés secoués, elle présente un tableau clinique lourd : une paralysie cérébrale avec atteinte spastique des quatre membres à prédominance à droite, un état de mal convulsif (stabilisé à ses cinq ans, arrêt de la micropakine en juin 2016) et une quasi-cécité.

▪ Un vécu corporel douloureux

En réponse à une spasticité très marquée dans l'ensemble de son corps, qui entraîne des troubles orthopédiques (déformation, luxation, perte de mobilité articulaire...), de nombreuses interventions sont faites :

- Appareillages pour corriger les déformations : verticalisateur*, matelas mousse de positionnement*, attelles de marche orthodynamiques, orthèse à la main droite.
- Novembre 2010 : opération par ostéotomie* du bassin et du fémur droit en raison d'une luxation de la hanche droite : Malgré une intervention réussie, la post-opération a été très compliquée ; la péridurale n'a pas fonctionné et Alice n'a pas eu de morphine aussitôt (opposition des parents). Suite à cette opération, elle développe une phobie des blouses blanches.
- Ténotomie* multi-sites faite en 2013
- Plusieurs injonctions de toxine botulique* dans l'ensemble du corps, la dernière datant de 2016
- Mise en place d'une pompe à baclofène* en février 2016

▪ Les suivis

Depuis toute petite, Alice est suivie en kinésithérapie pour l'entretien des articulations et une éducation motrice, en orthophonie pour un travail autour de la mise en sens du langage et en psychomotricité pour un travail de conscience corporelle, de détente et d'exploration sensori-motrice. En ergothérapie, elle a travaillé autour d'une certaine autonomie au repas et dans ses déplacements en fauteuil. Une prise en soin en orthoptie a été faite et s'est terminée courant 2014.

▪ Son parcours institutionnel

Dans un premier temps, elle est suivie dans un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce. En novembre 2007, elle intègre un premier IEM avant d'intégrer, en octobre 2009, celui où elle est actuellement. Depuis août 2014, Alice n'a plus l'âge d'être au JES. Aujourd'hui, la question d'orientation est au cœur de son projet.

3.3. Alice au sein du JES

▪ **8 années au JES - Des changements**

Alice entre au JES à cinq ans. Elle s'adapte aux différents changements de groupe. Elle établit rapidement des relations de confiance différenciées avec les adultes et peut interpeller ses camarades. Cependant, elle développe une accroche particulière à un enfant du groupe, ce qui peut envahir son discours. Elle montre parfois des signes d'agitation et peut se montrer agressive (coups, crachats...). Face aux interdits de taper, mordre, cracher, etc., l'agressivité d'Alice se déplace vers les gros mots. Maintenant elle en dit beaucoup moins. Cela peut arriver sur les temps de change ou au retour de vacances où elle teste les limites. En jeu libre, elle investit particulièrement l'espace du couloir où elle échange avec les personnes de passage et utilise les jeux sonores accrochés au mur. Ses compétences au niveau des apprentissages scolaires l'amènent à avoir deux temps d'école.

À la rentrée de septembre 2017, Alice change de groupe et au vu de sa **fatigabilité**, son emploi du temps est allégé [cf. annexe 2].

▪ **Son projet actuel** s'articule autour de cinq grands thèmes :

- L'accompagnement au quotidien : axé sur le gain d'autonomie au repas
- Le développement psychique, sensoriel et affectif : les silences et temps d'attente sont anxiogènes pour Alice. L'équipe du quotidien l'accompagne à se réassurer seule. De plus, un temps en psychomotricité lui est proposé pour expérimenter son corps dans une dimension de plaisir (au vu de son vécu corporel douloureux) : elle explore la gestion des émotions, la détente et la conscience corporelle.
- Développement moteur : des mobilisations passives sont faites par la kinésithérapeute, ainsi que des séances en *dynamico** pour maintenir le schéma de marche et la verticalité.
- Vie sociale et relationnelle : elle a besoin que les personnes de son quotidien adoptent des postures fermes et rassurantes. Les interdits sont sécurisants pour elle. Elle participe à un atelier d'orthophonie où les séances sont axées sur l'ancrage de la parole dans des échanges adaptés. En psychomotricité, Alice peut autant s'exprimer sur un versant corporel que verbal.
- L'orientation vers un établissement pour adolescents

3.4. La prise en soin psychomotrice

▪ **Cadre thérapeutique**

Tous les mercredis après-midi, Alice a une séance de psychomotricité en individuel qui dure trois quart d'heure. Les rencontres se déroulent toujours dans la même salle, dans laquelle des tapis installés au sol délimitent l'espace investi pendant la séance. L'utilisation à chaque séance des mêmes musiques, permet à Alice de se repérer dans le déroulement de la séance, qui est divisée en trois grands temps : un temps de mouvement libre, un temps d'interaction corporelle avec objet médiateur et un temps de reprise dans le corps à corps, qu'elle nomme « câlin ».

En tant que stagiaire j'occupe une place d'observatrice pendant deux mois. Puis par la suite, je construis les séances avec Alice du début jusqu'à la fin sous le regard de la psychomotricienne.

▪ **Une première rencontre avec Alice**

Sur son groupe, Alice attend avec impatience l'arrivée de la psychomotricienne, ce qui se traduit corporellement par un balancement rapide et saccadé de son buste d'avant en arrière et la répétition de « Je suis prête ». Être capable d'attendre quelqu'un (ou quelque chose) suppose d'avoir intégré un sentiment continu d'exister « ici et maintenant », pour pouvoir se projeter dans un avenir plus ou moins proche. Pour Alice, l'attente est source d'anxiété. Les comportements qu'elle adopte pourraient s'expliquer, selon A. BULLINGER, comme une recherche de sensations organisatrices de l'image corporelle. En reprenant son histoire (traumatisme, âge du diagnostic, opérations, douleur...), il semblerait que le sentiment d'un corps contenant chez Alice ne soit pas vécu de manière suffisamment sécurisante et continue pour pouvoir l'habiter pleinement. Je suppose que son sentiment de sécurité interne est mis à mal dans les situations qui marquent une rupture dans la continuité : attente, vide et absence de l'autre.

Ce jour là, son agitation est particulièrement forte et malgré la présence de la psychomotricienne, Alice met du temps à se calmer. Ainsi lorsque je tente de la rencontrer, par l'intermédiaire de la psychomotricienne, elle me semble absente, envahie par son discours en écholalie et ses mouvements répétitifs. Nous nous rencontrerons ensemble que plus tard au cours de la séance.

Je prends place dans un coin de la salle de psychomotricité pour observer. Alice montre beaucoup de **plaisir à être là** et encore plus à se mouvoir au sol. Elle « éclate de rire » et se secoue très fort dans un mouvement saccadé, en marquant le rythme de la musique avec son pied gauche comme si elle prenait plaisir à se débarrasser de toute son excitation. En relation avec la psychomotricienne son mouvement se transforme vers un jeu de roulade, d'abord par l'intermédiaire d'un coussin vibrant puis dans le corps à corps, où la psychomotricienne et Alice, roulant l'une vers l'autre se rencontrent puis se séparent à plusieurs reprises. Je remarque un changement dans mes ressentis : allant de la surprise à l'envie de rire avec, ensemble. Dans le même temps, je remarque que les « éclats de rire » d'Alice laissent place à des rires partagés puis des moments de calme. Le temps calme qui marque la fin de la séance commence, ce jour là, à l'initiative d'Alice. La psychomotricienne la prend dans ses bras, ce qui met en jeu la qualité de « *holding* ». Le portage physique apporte, par sa dimension contenante, un sentiment de sécurité interne (Winnicott, par Ribas, 2003).

« **C'est qui ? Je veux aller voir.** ». C'est sur ce temps où elle est plus présente et calme, qu'elle remarque ma présence. Ainsi à sa demande nous nous rencontrons pour la première fois, dans le corps à corps et par le biais du *dialogue tonico-émotionnel*. Je fais alors l'expérience de l'hypertonie d'Alice. Je ressens un inconfort dans mes bras, mes épaules et mon dos et j'éprouve une difficulté à la maintenir puis je m'ajuste en m'appuyant sur ma respiration. Tout son corps se relâche d'un coup. Tenue dans mes bras, elle frotte sa tête contre mon torse comme si elle voulait « rentrer dans mon corps », ce qu'elle fera les autres séances aussi. Je ne ressens pas une sensation d'intrusion mais le besoin d'être contenue. **En utilisant ma respiration, je l'invite à prendre conscience de la sienne et je remarque alors que les mouvements de tête sont moins présents. Elle semble alterner des temps où elle prend appui sur mon corps et d'autres sur le sien.** Selon B. LESAGE, le flux respiratoire « *soutient le vécu d'un soi relié* ». Porter attention à sa respiration semble être un moyen dont Alice peut se saisir pour s'appropriier son corps et l'habiter.

À l'annonce de la fin de la séance, elle verbalise par un « après » sa difficulté à se séparer, ce qui devient acceptable quand la psychomotricienne la rassure sur la continuité de nos rencontres. Nous décidons alors que chaque séance se terminera de la même manière.

▪ **Bilan psychomoteur, Bilan d'évolution, Axes de soin**

Les bilans psychomoteurs au JES s'appuient en grande partie sur des observations psychomotrices. Alice étant suivie en psychomotricité depuis douze ans, plusieurs bilans ont été réalisés. Nous allons en faire une synthèse afin de comprendre où elle en est, au début de nos rencontres, dans sa structuration psychocorporelle :

Équipement sensoriel : L'audition semble être le canal préférentiel pour Alice. Ses capacités de discrimination et de mémorisation auditives sont très performantes. Sa vision étant déficiente (perçoit seulement les forts contrastes lumineux) elle éprouve des difficultés à comprendre son environnement, ce qui se traduit par des troubles anxieux en 2013. Ainsi des propositions d'exploration sensorielle (tactile surtout), lui sont proposées en séance de psychomotricité. Aujourd'hui, elle semble avoir investi particulièrement ce canal dans la rencontre avec les personnes (« câlin ») ou les objets « je veux toucher ». L'odorat semble aussi être important pour elle.

Les sensations auditives et visuelles peuvent parfois l'envahir. Cela pourrait s'expliquer chez Alice, à la fois comme un symptôme dû à une atteinte du lobe frontal (traumatisme cérébral précoce), mais aussi comme un défaut de la fonction de **pare-excitation**. Par exemple, elle peut être perturbée par le bruit du radiateur pendant les séances de psychomotricité. Elle a alors besoin que la psychomotricienne assure la **fonction alpha**, pour reprendre la théorie de W. BION. Elle contient et transforme les pensées brutes et inorganisées d'Alice en éléments pensables. Ainsi Alice assimile ce qui n'était jusque là qu'une excitation informelle.

Tonus, Posture et Motricité : Alice présente un tonus de fond très élevé et des limitations articulaires (dont une partie en cause de la spasticité). Dans le mouvement, elle éprouve des difficultés à réguler son tonus (gestuelle peu déliée et monobloc). Il existe des réactions de protection de chute en situation de déséquilibre. Le déséquilibre qui semblait inquiétant avant est aujourd'hui source de plaisir. Au sol, elle manifeste un réel plaisir à se mouvoir. Elle est toujours en mouvement : roule, tape avec ses pieds, rampe... Elle peut relâcher sur une courte durée, mais se poser reste difficile pour elle : elle râle et cherche à se redresser. Elle peut tenir la position assise et à genoux dressés quelques secondes. En position debout avec aide, seul son pied gauche est en appui incomplet avec le sol. Elle participe au déplacement en se propulsant vers le haut. La préhension des objets en pince trigitale devient compliquée, voire impossible.

Image du corps : Des opérations invasives marquent le vécu corporel d'Alice et donc son suivi psychomoteur :

- Celle de la hanche en 2010, les séances se voient donc orientées autour d'un accompagnement sur la phobie des blouses blanches (mise en situation, histoire...) et la mobilisation de ses jambes sans appréhension (utilisation du médiateur eau). Elle retrouve très vite un plaisir à bouger.
- La mise en place de la pompe à baclofène en 2016 : elle ne montre pas de changement dans ses réactions au toucher du ventre, celui-ci est tout autant accepté et apprécié qu'avant. Ainsi je me questionne quant à son vécu corporel. En garde-t-elle une trace non-traumatique, ou du moins acceptable, ou bien n'aurait-elle pas intégré ce changement dans son corps ?

Alice semble vivre son corps de manière insécure notamment en l'absence de l'autre (traduit par un langage excessif et des mouvements répétitifs) mais aussi lors de certaines mobilisations de son corps (transfert, mise d'attelles...).

Elle investit particulièrement sa main gauche (partie de son corps qui garde le plus de mobilité) pour agir sur son environnement. Nous retiendrons également une déformation importante de sa main droite. Elle manifeste son désaccord pour la mise de l'attelle, moment angoissant pour elle (parle beaucoup). Alice n'utilise jamais cette main mais elle utilise son autre main pour retirer les scratches de l'attelle. Nous pouvons supposer qu'elle a conscience de sa main droite mais qu'elle ne l'associe qu'à des expériences douloureuses.

Comportement, Compréhension et Relation : La permanence de l'objet est acquise. Son attention est fluctuante. Elle joue à des petits jeux symboliques et utilise le langage pour communiquer mais celui-ci n'est pas toujours approprié. La séparation est vécue de manière insécure, plus particulièrement en 2014/2015, période à laquelle son emploi du temps est surchargé. Les séances de psychomotricité s'articulent autour de cette difficulté (rituels). Maintenant l'absence de l'autre semble plus tolérable (peut attendre sur une courte durée seule, moins de gros mots...), mais reste source d'anxiété.

Structuration Spatio-Temporelle : Alice peut se repérer dans le temps et l'espace.

Conclusion : Alice semble vivre son corps de manière insécure. Ses difficultés à filtrer les stimulations de l'environnement me laissent penser que l'intégration de ses limites corporelles reste fragile. De plus, les tensions et les déformations de son corps renforcent l'hypothèse d'une perception morcelée de son corps, en dehors du mouvement, qui semble entretenir une permanence de la sensation de son unité corporelle (Bullinger, 2007).

À partir de là, nous pouvons dégager des objectifs pour Alice et des axes de soin pour l'année 2017-2018 :

- **Faire l'expérience d'un « corps plaisir »**
- **Ressentir son corps dans son unité et ses limites, en abordant la conscience corporelle et la régulation tonique**
- **Être capable de se recentrer, d'accéder à une détente corporelle.**

▪ Les séances

Après mes deux mois d'observation, j'anime les séances sous le regard de la psychomotricienne. Afin d'assurer une continuité dans le suivi, je garde le cadre établi par la psychomotricienne en y ajoutant des variantes pour m'adapter aux expériences d'Alice. Par exemple, le besoin de décharger en passant par un versant corporel (comme ce qu'elle nous montre lors de la première séance) est moins observé en janvier. De ce fait, les musiques sont repensées : les musiques dynamiques et rythmiques sont remplacées par des **musiques de relaxation, d'ancrage et aussi de souffle**. L'intérêt de la musique est qu'elle permet d'apporter une contenance en assurant un rôle d'enveloppe sonore, de donner des repères spatio-temporels à Alice et ainsi lui permettre d'anticiper la fin de la séance. Mais elle **influence aussi le rythme de sa respiration**. En choisissant des musiques plus calmes, j'accompagne Alice dans des respirations plus profondes.

Nos rencontres commencent et se terminent par **des rituels de souffle**. Ils permettent à Alice de les identifier et aussi de se poser. En effet, parfois agitée au début des séances, elle se recentre et semble plus présente lorsque je souffle discrètement sur sa main ou son visage. **La respiration est un moyen pour entrer en relation avec Alice**. Elle intègre ce rituel très vite et m'y identifie. En effet, à mon arrivée sur le groupe, elle évoque « être prête » et souffle.

Comme objet médiateur à nos rencontres, je choisis d'utiliser le **gros ballon** pour différentes raisons. Tout d'abord, c'est un objet qui attire Alice de par les mouvements qu'il permet (rouler, rebondir) mais aussi de par les reflets lumineux qu'elle en perçoit. Cet objet déjà investi lors de ses suivis précédents (psychomotricité, kinésithérapie) est un moyen pour elle de libérer son excitation. Le gros ballon, qui fait tiers dans la relation, permet à Alice de faire l'expérience de son unité : à la fois lorsque je l'utilise pour la masser et lui faire sentir ses limites corporelles mais aussi par la forme contenante du ballon. G. HAAG évoque l'intérêt d'utiliser des objets ronds comme moyen de représentation du sentiment d'enveloppe (Haag, 1997). De plus, la taille du ballon, sa forme et son aspect malléable, **favorisent la prise de conscience du cycle respiratoire.**

En effet, il peut accompagner la prise de conscience de la respiration à la fois par les différentes **positions** qu'il permet (enroulement, ouverture, assis en appui dos...) mais aussi en variant les **pressions** sur le corps au rythme des inspirations et expirations. De plus, il permet aussi de **symboliser le mouvement de l'air** qui sort et qui revient. Lorsqu'Alice inspire, je roule le ballon vers elle et plus elle souffle fort ou longtemps plus je roule le ballon vite et loin d'elle.

Alice se saisit des propositions faites en séance. Elle se montre très présente et attentive à ses ressentis et verbalise ce qui est agréable ou désagréable. Elle peut aussi avoir des demandes, comme monter sur le ballon et les massages du ventre et du dos. Comme celles-ci restent sensiblement les mêmes, je pars de ces propositions et j'ajoute des nuances. Par exemple lorsqu'elle demande à aller sur le ballon, elle peut parfois s'enfermer dans un mouvement saccadé où elle repousse le sol avec ses pieds pour rebondir. J'induis alors un mouvement de balancement avec le ballon qui l'aide à se poser. Ces demandes peuvent aussi perdre de leur sens et être désorganisées. Dans ce cas je choisis pour elle, ce qui l'aide à se recentrer.

Alice a bien intégré les repères de fin de séance. Elle demande à venir dans mes bras lorsque la dernière musique démarre. Ce moment accompagné par la respiration, l'aide à se relâcher. En fonction des séances, elle peut parfois chercher un appui important sur mon torse ou bien être plus centrée sur ses ressentis (pose sa tête sur mon bras, ou souffle doucement sur ses mains...). Alice repère la fin de la séance lorsque la musique s'arrête ou bien lorsque j'ajoute une variante à mon souffle. J'attends qu'elle initie la séparation pour la raccompagner à son fauteuil et c'est sur ce dernier temps que **nous mettons en mots les expériences vécues au cours de la séance.**

Le changement de son état tonique au début et à la fin de la séance est significatif. Alice parvient à une détente globale de l'ensemble du corps. Ce changement s'observe également dans sa respiration. Nous allons comparer comment Alice respire en général, au début de la séance et à la fin en nous appuyant sur la grille d'observation (p. 64). Ces observations portent sur le temps où elle est dans mes bras, en position enroulée, juste après être sortie de son fauteuil et juste avant d'y retourner.

Début de séance : Alice inspire et expire par la bouche. Elle contrôle le passage de l'air en soufflant fort. Le son qui accompagne son expiration rend compte d'une résistance. En effet, ses lèvres freinent le passage de l'air qui « tente de sortir de toute ses forces ». Son expiration engage tout son axe corporel en flexion et de légers mouvements s'observent au niveau du torse. Nous pouvons dire que sa respiration est plutôt haute. Les volumes mobilisés semblent peu importants malgré l'effort qu'elle met. Le rythme est irrégulier. Ses expirations forcées durent quelques secondes et sont suivies d'un sourire et d'écholalies. L'inspiration est active et reprend après un temps d'apnée. Sur ce temps de pause, son tonus est très élevé et de léger tremblement sont observables. **Au début de la séance, Alice semble utiliser sa respiration comme un moyen de libérer son excitation.**

Fin de séance : La respiration est toujours davantage buccale. Peut-être parce que la respiration par la bouche est plus facile à sentir et à contrôler ? Sa respiration paraît plus fluide. Les différents temps de la respiration s'enchaînent plus régulièrement. Alice exerce toujours un contrôle sur le passage de l'air, lorsqu'elle souffle notamment. Cependant, il paraît plus adapté. L'air sort lentement et cela dure plus longtemps. Elle alterne entre des inspirations actives et des inspirations passives. Quelques soupirs sont observables. Sa respiration semble moins coûteuse en énergie et brasse davantage d'air. Alice paraît calme et à l'écoute. Elle souffle sur sa main ou sur une plume pour sentir l'air. **À la fin de la séance, Alice semble par sa respiration vivre son corps dans son unité, sa stabilité et sa sécurité.**

Elle peut parfois maintenir cet état jusqu'au retour sur le groupe. Cependant, le retour dans son fauteuil, la remise des attelles et la transition entre deux temps (séance et goûter) peuvent être des éléments qui compromettent sa détente.

Avant de faire la synthèse de nos rencontres, nous allons reprendre une séance où Alice semble faire une expérience particulière de son corps, elle semble en découvrir l'intérieur.

▪ Ca bouge là-dedans

Cette séance porte essentiellement sur le ventre à la demande d'Alice.

Après un éveil de l'ensemble du corps avec le gros ballon, je commence un toucher-massage du ventre. Alice oriente mes mains au niveau de sa pompe à baclofène plusieurs fois. Ses demandes s'alternent régulièrement entre le dos et le ventre. Elle ne paraît pas se disperser, au contraire, son regard est intérieur, son visage apaisé et son tonus de fond diminue. Peut-être, a-t-elle besoin de vérifier la continuité entre le dos et le ventre ? Je l'accompagne alors dans cette boucle avec un mouvement continu. En décubitus dorsal, le dos d'Alice ne touche pas complètement le sol ce qui me permet d'assurer, même dans cette position, une continuité dans mon toucher dos-flanc-ventre-flanc-dos-flanc-etc.

Après avoir répété le cycle plusieurs fois, je termine mon toucher avec une main de chaque côté pour éveiller la sensation du volume de son corps. Puis j'accompagne le mouvement de ses côtes au rythme de sa respiration. Lors de son expiration, je retiens légèrement ses côtes vers le bas et sa respiration se modifie alors : son ventre qui se gonfle et se dégonfle signe une respiration profonde et la mise en jeu du diaphragme (jamais observée chez Alice). À ce moment là, elle semble intriguée. La sensation ne paraît pas être désagréable mais peut-être nouvelle, « C'est quoi ça ? ». Je suppose que son mouvement respiratoire puisse éveiller des sensations intéroceptives, « Dans ton ventre ? », elle acquiesce. Je verbalise alors l'existence de la pompe dans son corps, son intérêt et ses effets. Contrairement aux autres fois où le sujet a pu être abordé, Alice est attentive. Elle écoute. Elle glisse alors sa main sur le relief de sa pompe et touche mon ventre plusieurs fois. Est-elle entraînée de comparer son ventre et le mien ? Je l'accompagne dans cette expérience par la parole.

Alice maintient une respiration profonde pendant le temps du corps à corps. La séance se termine par une mise en mots de ce qui a été vécu et Alice y associe le mot « vibracare ». Le vibracare est un appareil de vibropercussions, préconisé dans les traitements en kinésithérapie respiratoire mais il peut aussi être utilisé pour favoriser le transit intestinal, comme c'est le cas pour Alice. J'ai été dans un premier temps surprise qu'Alice fasse un lien entre les sensations de la séance et celle du vibracare. Cependant, les stimulations vibratoires permettent d'atteindre les sensations de l'intérieur du corps (Frölich, 2001), sensations que nous avons aussi éveillées par le biais de la respiration lors de la séance.

▪ Synthèse des séances

Alice atteint des respirations plus profondes et fluides. Elle maintient la posture assise sans appui par un blocage de sa respiration (la respiration garde une fonction pneumatique). Cependant, quelques séances nous ont amenés à observer une coordination de la respiration avec le mouvement. Alice utilise sa respiration pour se relâcher et peut ainsi diminuer significativement son tonus de fond.

Alice peut s'exprimer différemment du mouvement saccadé de flexion/extension observé au début de nos rencontres, notamment en se **balançant de gauche à droite**. Cette exploration de changement d'appui est reprise en position assise, avec un gros ballon en appui dos. Alice recherche le déséquilibre et même si elle manque de force musculaire pour se retenir, elle utilise ses mains (surtout du côté gauche) en prévention de la chute. Nous observons un gain de fluidité dans ses mouvements.

De plus, nous observons une **dissociation du haut et du bas** du corps au cours des séances. Pour rouler sur le côté elle engage d'abord sa tête puis son buste qui suit le mouvement entraîne l'ensemble de son corps en bloc. Cependant, les séances nous ont amené à observer de légères **torsions de l'axe**, dans les retournements, avec un mouvement plus lent et fluide.

Alice accède à la détente. Elle s'exprime en chuchotant et semble à l'écoute de ses ressentis. Son tonus de fond diminue au cours des séances (ses bras descendent le long de son corps, touchent presque le sol). Elle accepte les temps de détente et **peut se poser un long temps en présence de l'autre**. Elle **peut utiliser sa respiration pour se calmer et relâcher**, notamment lors de la mise des attelles (ou des étirements en kinésithérapie comme nous allons le voir).

Nous pouvons donc penser qu'elle prend conscience de son unité corporelle et des limites de son corps, notamment lorsqu'elle pose sa tête sur mon bras sans chercher à se coller à mon torse. À la fin de la séance, elle peut maintenant initier le mouvement pour quitter mes bras ce qui m'encourage à dire qu'elle fait l'expérience de la globalité et la contenance de son corps, qu'elle le vit de manière suffisamment sécurisée, à ce moment là, pour l'habiter.

▪ La transdisciplinarité, exemple kinésithérapeute et stagiaire psychomotricienne

Comme je l'ai introduit, l'établissement attache une importance à la transdisciplinarité. De ce fait, j'ai observé Alice dans son quotidien et notamment en kinésithérapie. La séance porte sur l'étirement et les mobilisations passives. L'étirement passif est douloureux et anxiogène pour Alice : elle le contraint avant qu'il commence, répète « lâche » et peut repousser la main de la kinésithérapeute. Au bout d'une dizaine de minutes, je remarque qu'Alice relâche en expirant fort. Je verbalise alors mon observation à la fois pour soutenir Alice, mais aussi pour travailler avec la kinésithérapeute. En s'en saisissant, la professionnelle aide Alice à se détendre. Elles semblent alors, davantage travailler ensemble.

3.5. Conclusion de nos rencontres

L'histoire d'Alice, ce qu'elle dit dans son langage corporel, ce qui en résonne en moi et les apports théoriques me permettent d'essayer de **donner un sens à ce qu'elle vit**, bien qu'il soit en partie question de ma lecture subjective.

Aujourd'hui, il me semble pertinent de **continuer à l'accompagner en psychomotricité dans son expérience d'un corps-plaisir, contenant, mouvant et en relation, afin qu'elle puisse l'intégrer**. De plus, Alice montre du **plaisir** dans la prise de conscience de sa respiration et semble davantage l'investir. L'approche de la respiration en psychomotricité semble être un moyen dont elle peut se saisir pour faire l'expérience de son unité corporelle et de ses limites. De plus, il est intéressant de voir qu'elle transpose les propositions faites en séance pour les réutiliser dans son quotidien.

Pour conclure cette partie...

Nous pouvons retenir que la relation psychomotrice en s'appuyant sur le cadre de l'institution et le cadre contenant de la séance participe à la structuration de l'enfant polyhandicapé. De plus, nous avons mis en évidence que le regard du psychomotricien porté sur la respiration de l'enfant polyhandicapé favorise la reconnaissance de l'enfant dans sa globalité. Il permet de le soutenir dans ses vécus corporels, de comprendre ses angoisses et d'y répondre lors des séances.

La respiration peut alors être considérée comme un « outil » pour le psychomotricien au même titre que le dialogue tonico-émotionnel et la prise de conscience du corps. Un « outil » à la fois pour comprendre l'enfant, pour être en relation et pour le soutenir dans la construction d'une image d'un corps solide, stable et sécurisant.

CONCLUSION

Une première partie nous a permis de mieux appréhender le polyhandicap avec l'intrication de ses différents troubles. Nous avons pu voir qu'il se répercute sur le vécu du corps de l'enfant, qu'il **compromet son sentiment d'exister** et engendre ainsi une **manière particulière d'être au monde**.

Dans une deuxième partie, nous nous sommes intéressés à la respiration comme **fonction vitale et continue de l'ensemble du corps**. Nous avons mis en évidence son lien avec les **sensations**, le **tonus** et les **émotions**, son lien entre **l'intérieur** et **l'extérieur** du corps et entre **conscience** et **inconscience** pour ainsi prouver son rôle dans la structuration de **l'image du corps**. Nous avons également insisté sur sa **dimension communicative et relationnelle**.

Enfin dans une dernière partie, l'ensemble de ces recherches théoriques ont été couplées à des observations cliniques et psychomotrices. Ce travail m'a permis de ne plus éprouver un malaise face à la respiration de l'enfant polyhandicapé, mais d'y donner du sens : **sa manière de respirer traduit tout son être au monde**. Ainsi, le regard du psychomotricien sur la respiration de l'enfant polyhandicapé est tout à fait **cohérent et légitime**. **Ma réflexion de future psychomotricienne m'a amenée à en définir trois axes**.

Le premier axe consiste à **observer la respiration de l'enfant pour comprendre où il en est dans son développement psychomoteur**. Volontairement, je n'ai pas présenté les tests qui évaluent la respiration dans sa fonction vitale car j'estime qu'ils ne relèvent pas du rôle du psychomotricien. Cependant, ces évaluations (réalisées par médecins, infirmiers, kinésithérapeutes...) restent des indices non négligeables pour la prise en soin psychomotrice.

Ma réflexion m'a amené à proposer **des axes d'observations pour la réalisation d'un bilan psychomoteur s'intéressant à la respiration**. À mon grand regret ce bilan n'a pas pu être complété par des tests standardisés car malgré mes recherches, je n'ai pas pu mettre en évidence l'existence de tels tests.

Le deuxième axe, s'apparente au regard porté sur **la respiration en séance**. À la fois un **moyen de relation et de communication**, la respiration favorise également la **prise de conscience du corps**, la prise de conscience **de son unité, de ses limites, d'un dedans et d'un dehors**.

Les propositions du psychomotricien, portant sur la respiration, soutiennent l'enfant dans un vécu **d'un corps plus solide, stable et sécurisant**. Elles l'accompagnent dans l'appropriation et l'investissement de son propre corps.

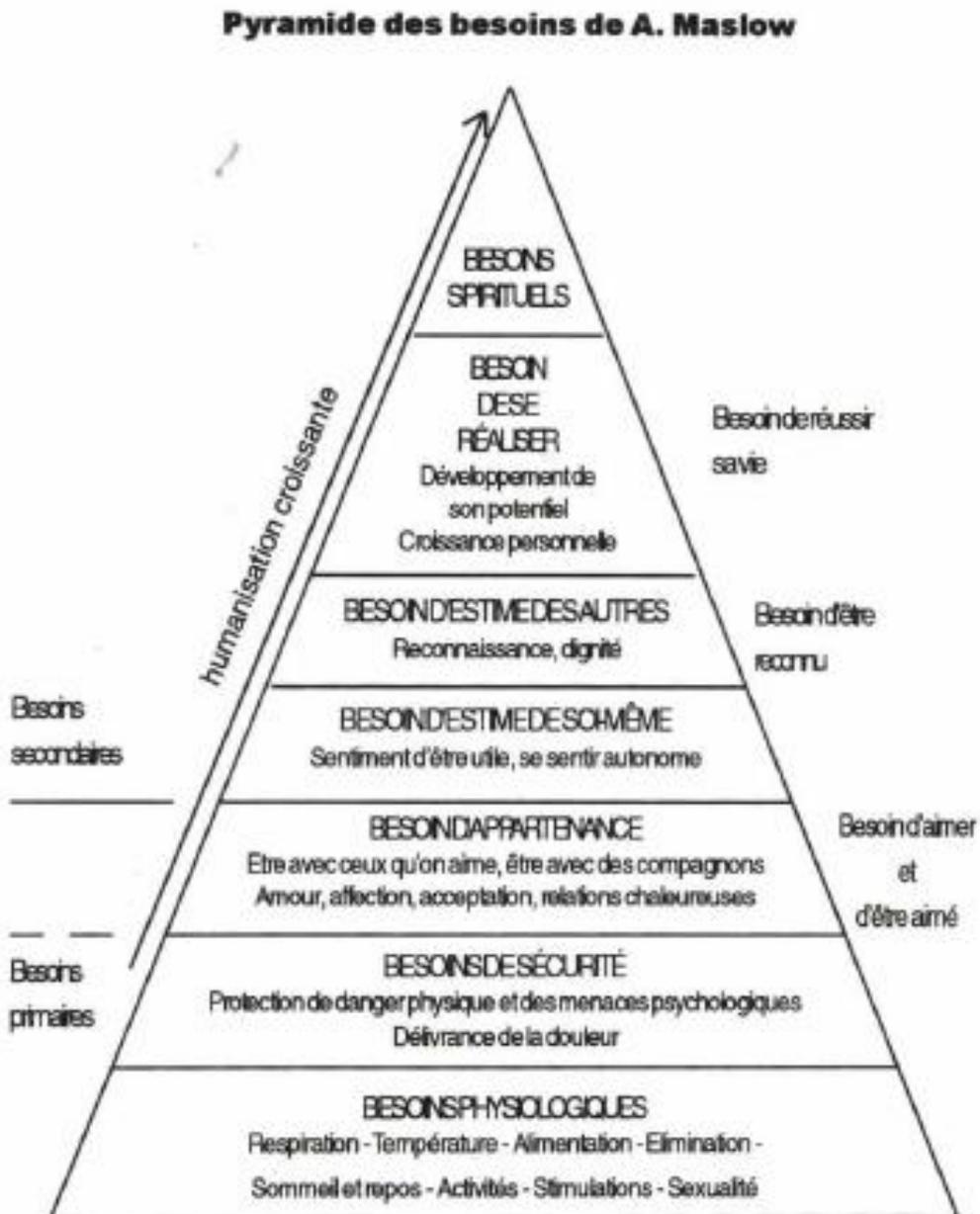
Le dernier axe concerne **l'intervention psychomotrice en kinésithérapie respiratoire**. Nous avons mis en évidence que ce **soin indispensable à la survie de l'enfant, peut aussi être désorganisateur et intrusif pour lui**. Le psychomotricien, de part ses connaissances du développement psychomoteur et sa lecture du vécu corporel de l'enfant, a toutes les compétences pour le **soutenir à mieux vivre cet acte**. Ainsi, il pourrait avec le kinésithérapeute, réfléchir à l'aménagement de ce soin.

Cependant, ce dernier point peut paraître **sensible**. En effet, nous connaissons l'histoire des masseur-kinésithérapeutes et des psychomotriciens. À l'émergence de la psychomotricité avec la création du Diplôme d'État en 1974, les kinésithérapeutes ont tenté d'en bloquer sa reconnaissance par crainte que cette dernière capture une partie de leur secteur d'activité. Aujourd'hui ces conflits sont atténués mais existent toujours chez certains professionnels. C'est ainsi que nous pouvons nous demander comment le psychomotricien peut-il prendre place dans cet acte de kinésithérapie respiratoire sans raviver des conflits ? Comment peut-il intervenir sur ce soin de kinésithérapie sans nourrir un sentiment d'empiéter sur leur terrain ? Comment peut-il construire cette place pour avancer avec les kinésithérapeutes, pour que kinésithérapeutes et psychomotriciens puissent travailler (plus qu'ils ne le font déjà) ensemble ?

C'est avec ce dernier mot que je conclus mon mémoire, ce mot sur lequel je ne m'arrêterai jamais de réfléchir : « ensemble ».

ANNEXES

- Annexe 1 : La pyramide des besoins (Zucman, 1998, p. 19)



▪ Annexe 2 : Emploi du temps d’Alice

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
9h - 9h30	Accueil / Bonjour	Accueil / Hydratation	Accueil / Bonjour	Accueil / Bonjour / Hydratation	
Matinée	Hydratation	Orthophonie en groupe 1 heure	Hydratation	Classe 30 min	Kinésithérapie 45 min
	Verticalisation 45 min		Verticalisation 45 min		
	Change	Atelier Cuisine 30 min	Change	Atelier Histoires 30 min	
		Change		Change	Change
11h15 à 12h45	Repas en salle à manger				
Après-midi	Temps calme	Temps calme	Temps calme	Temps calme	Temps calme
	Change				
	Kinésithérapie 1 heure	Change	Psychomotricité 45 min	Kinésithérapie 1 heure	Socio- Esthétique
		Jeux / Détente	Jeux / détente	Classe 30 min	
15h30 – 16h	Goûter / Au revoir				

GLOSSAIRE

- * **DYNAMICO** : une aide à la verticalisation et à la marche qui entoure l'enfant ou l'adolescent, lui assurant ainsi une sécurité optimale.

- * **INJECTION DE TOXINE BOTULIQUE** : Intervention qui consiste à injecter de la toxine botulique par le biais d'une seringue pour diminuer la contraction des muscles spastiques.

- * **MATELAS MOUSSE DE POSITIONNEMENT** : orthèse de maintien en position horizontale, pour la nuit ou les temps de repos.

- * **OSTÉOTOMIE** : Opération chirurgicale qui consiste à sectionner un os pour modifier son axe.

- * **POMPE À BACLOFÈNE** : Pompe implantée sous la peau de l'abdomen. Réglée pour délivrer régulièrement le traitement médicamenteux (baclofène).

- * **SPASTICITÉ** : Raideur constante sur certains muscles due à une exagération du réflexe ostéo-tendineux.

- * **TÉNOTOMIE** : Opération chirurgicale qui consiste à sectionner un tendon.

- * **VERTICALISATEUR** : Orthèse de maintien en position verticale avec une coque postérieure ou antérieure.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALBARET J.M., GIROMINI F. et SCIALOM P., (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 1. Concepts fondamentaux*. Ed. De Boeck.

BACHOLLET M.-S., MARCELLI D., (2010). « Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements », *Enfance & Psy*, 49, (4), p. 14-19.

BATTISTI O., (2014). *Carnet de pédiatrie : physiologie respiratoire de l'enfant*. <http://hdl.handle.net/2268/173351>.

BERTIAU F., (2014). *Ostéopathie structurelle et Respiration buccale*. Mémoire d'ostéopathie, Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes. p. 5-20.

BULLINGER A., (1998). *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*. In : *Enfance*, n°1, p. 27-35.

BULLINGER A., (2001). « Les prothèses de rassemblement », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 49 : 4-8, éd. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS.

BULLINGER A., (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Un parcours de recherche*, sous la direction de Bullinger André. 2^e éd. ERES.

CALAIS-GERMAIN B., (2005). *Respiration, Anatomie - Geste respiratoire*. éd. Désiris.

DALLA PIAZZA S. et GODFROID B., (2004). « 1. Définitions et manifestations cliniques », *La personne polyhandicapée. Son évaluation et son suivi*. éd. De Boeck Supérieur. p. 15-49.

DAMASIO A. R., (2002). *Le Sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*. éd. Odile Jacob poche.

DESOBEAU F., (2010). « Identité et fonction du psychomotricien », *Thérapie psychomotrice et Recherches*, N°162, p. 58-68.

DROUET A., (2015). *Se mouvoir dans la relation pour devenir soi*, Mémoire de Psychomotricité, Université de Bordeaux. Juin 2015.

FOURCADE, J., (2010). « 18. La contracture musculaire, défense névrotique ? », *Les patients-limites: Psychanalyse intégrative et psychothérapie* (pp. 246-255). Toulouse, France: ERES.

FRÖHLICH A. (2001), *La stimulation basale, Avancer ensemble dans la réalité sensorielle du monde*, <http://stimulationbasale.fr/V2/publications/>.

GARROS J., MASSE J., Centre Lafaurie, <http://centrelafaurie.com>.

GEORGES-JANET L., (2002). « Le polyhandicap », *Déficiences motrices et situations de handicaps*. éd. APF.

HAAG G. et al., (1995). « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité », *Psychiatrie de l'enfant*, 38, 2, p. 495-527.

HAAG G., (1996). *Stéréotypies et angoisse*, *Les Cahiers du CERFEE*, dir. René Pry, Université Paul Valéry Montpellier III.

HAAG G., (1997), *Constitution du moi-corporel et des toutes premières étapes du développement du moi qui sont d'ordre corporel : Comment le polyhandicap, y compris moteur, affecte ou non cette constitution*. Exposé aux Journées du CESAP sur le handicap en institution.

HANTUTE P., (2007). *La Respiration : Trait d'union entre psycho et motricité. Le signe d'une expression psychocorporelle et un outil au service de la psychomotricité*, Mémoire de Psychomotricité.

HOUZEL D., (2016). « Le sentiment de continuité d'existence », *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 2016/1 (Vol. 6), p. 115-130.

JOLY F., (2010). « Psychomotricité : une motricité en relation », *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la direction de Catherine Potel, 3^e éd. In Press, p. 23-42.

JUZEAU D., (2010). *Vivre et grandir polyhandicapé*. Dunod, p. 1-50.

LATOURET A. M., (2015). « Le moi-tuyau : précurseur du sentiment d'axe et d'enveloppe », *Thérapie psychomotrice et Recherches*, N°177 – Collection 47, p. 38-50.

LEGIFRANCE, (2017). Article D-312-0-3, créé par Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 - art. 1 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000034729990&dateTexte=&categorieLien=cid>.

LEGRAND O., (2008) « Tentative de représentation de la corporéité d'une enfant polyhandicapée et accompagnement en bain sensoriel », *Contraste*, vol. 28-29, no. 1, p. 295-320.

LESAGE B., (2000). « Abords des personnes polyhandicapées », *Polyhandicap, des barrières à l'entendement...*, *Les Cahiers de l'Actif* – N°286/287, p. 93-102.

LESAGE B., (2005). « Le corps en place et la place du corps dans la relation avec la personne polyhandicapée », *Paru in Actif*, Juin, <http://www.irpecor.com/articles-formations-danse-therapie-psychomotricite-structuration-psychocorporelle/12-article-corps-et-polyhandicap.html>.

LESAGE B., (2012). « La dynamique des flux : formes, postures et mouvement », *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. ERES « L'Ailleurs du corps », p. 73-104.

MARCELLI D., (2007). « Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé », *Spirale* 2007/4 (n°44), p.123-129.

PINELLI A., (2006). « Un être de relation », *Porter le bébé vers son autonomie*. Ed. ERES, p. 14-81.

PIREYRE E., (2015). *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*. Paris, 2^e éd. Dunod.

PONSOT G., (2017). « La personne polyhandicapée ». *Laennec (Tome 71)*, p. 19-33.

POTEL C., (2010). *Être Psychomotricien*. ERES, « Trames ».

THERAIN M., (2015). « S'éveiller et grandir à l'hôpital », *Cas pratiques en psychomotricité de E. Pireyre*, éd. Dunod, p. 8-33.

REINALTER PONSIN F. (2002). « L'élaboration de l'unité corporelle en relaxation ». *Enfances & Psy*, n°20, (4), p. 96-101.

RIBAS D., (2003). « L'œuvre », *Donald Woods Winnicott*, sous la direction de Ribas Denys. Presses Universitaires de France, p. 35-109.

ROBERT-OUVRAY S., (2015). *Le holding psychomoteur*. <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-holding-psychomoteur/>.

ROBERT-OUVRAY S., DUVERNAY J. (2017) *Dans le champ de l'humanitaire, Le corps ressource*. <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr>, p. 86-98.

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

SAULUS G., (2009). « Le concept d'éprouvé d'existence. Contribution à une meilleure lecture des particularités psychodéveloppementales du polyhandicap », in Simone KORFF-SAUSSE, *La vie psychique des personnes handicapée*. ERES « Connaissance de la diversité », p.25-44.

SCIENCE DIRECT, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012315005446>

VASSEUR R. et DELION P., (2010), *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. ERES, p. 35-130

ZUCMAN E., (1998). *Accompagner les personnes polyhandicapé – Réflexions autour des apports d'un groupe d'étude du CTNERHI*. Collection Etudes et Recherches. Ed. Du CTNERHI, p.1-41

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	1
Avant-propos.....	2
Sommaire	3
Introduction	4
I - L'enfant porteur de polyhandicap	7
1. De l'histoire du polyhandicap vers une (ou des) définition(s).....	7
1.1. Historique	8
1.2. Des définitions	9
1.3. De nos jours.....	10
2. Description du polyhandicap	11
2.1. Cadre général	11
▪ Épidémiologie.....	11
▪ Étiologie.....	12
2.2. Sémiologie	12
▪ Troubles des fonctions physiologiques de base.....	12
▪ Les déficiences motrices.....	13
▪ La déficience intellectuelle.....	14
▪ Épilepsie.....	14
▪ Les troubles sensoriels	15
▪ Communication et relation	15
3. Habiter son corps : la continuité d'existence, un préalable	16
3.1. La continuité d'existence selon les auteurs.....	17
▪ « Mais un bébé, cela n'existe pas ! », D. W. WINNICOTT.....	17
▪ Se sentir pour exister, A. BULLINGER	19
▪ La sécurité d'un ici et maintenant, la « conscience-noyau », A. DAMASIO	20

3.2. Le concept d'existence dans la structuration psychocorporelle de l'enfant polyhandicapé	20
▪ Une annonce, des annonces	20
▪ Profil 1 : Naissance de la vie psychique et « <i>Éprouvé archaïque d'existence</i> ».....	22
▪ Profil 2 : Les prémices d'un Moi et d'un monde « <i>Éprouvé primitif d'existence</i> »23	
▪ Profil 3 : Vers le « Je » et « <i>éprouvé d'existence entitaire</i> ».....	24
3.3. Existence et Respiration.....	25
▪ Bastien (10 ans), une respiration subie	25
▪ Julia (12 ans), la respiration qui tient	26
▪ Léo (10 ans), respirer pour dire « merde ».....	27
Pour conclure cette partie... ..	27
II - Respirer pour exister.....	29
1. La respiration, une fonction vitale	29
1.1. La respiration, comme marqueur de la vie.....	29
▪ Rôle principal de la respiration : l'hématose.....	29
▪ Développement du système respiratoire au début de la vie	30
▪ Symbole de vie et angoisse de mort	30
1.2. Les deux poumons, organes de la respiration	31
▪ Anatomie descriptive du poumon.....	31
▪ L'arbre bronchique	31
1.3. « C'est quoi l'air ? »	33
▪ Définitions	33
▪ « L'enveloppe aérienne » et la peau : les limites d'un dedans et d'un dehors....	33
▪ « L'air transitionnel ».....	35
2. La respiration, une fonction continue de l'ensemble du corps	36
2.1. Le geste respiratoire	36
▪ Un enchaînement automatique	36
▪ Expirer et inspirer, enroulement et ouverture à l'autre	36

▪ Des temps de silence.....	37
▪ Au rythme d'une continuité parfois surprenante	37
2.2. Les orifices de la respiration : le nez, la bouche.....	39
▪ Les tuyaux.....	39
▪ Le nez.....	39
▪ La bouche	40
2.3. La respiration et l'unité corporelle	42
▪ Le pourtour du diaphragme	42
▪ Le haut, le bas et l'intérieur.....	43
▪ Les autres muscles de la respiration ou des respirations.....	43
3. La respiration comme support... ..	44
3.1. ... des besoins fondamentaux.....	44
3.2. ... de la conscience de l'axe corporel.....	45
3.3. ... de l'Image du corps	46
▪ Sensorialité	47
▪ Tonus	47
▪ Les communications corporelles.....	49
Pour conclure cette partie... ..	50
Récapitulatif des hypothèses	51
III - La respiration dans la prise en soin psychomotrice	52
1. La psychomotricité auprès de l'enfant polyhandicapé	52
1.1. Être psychomotricien au Jardin d'Enfants Spécialisé (JES).....	52
▪ Cadre institutionnel.....	52
▪ Les professionnels du JES : équipe pluridisciplinaire et la transdisciplinarité ?... ..	53
▪ La place de la psychomotricité	55
▪ Ma place de stagiaire en psychomotricité	56
1.2. Rencontres entre psychomotricien et enfant polyhandicapé : quels intérêts ?....	57

▪ Accompagner l'enfant polyhandicapé dans la construction de soi.....	57
▪ La notion de plaisir	57
▪ Être ensemble.....	58
1.3. La nécessité d'un cadre thérapeutique	59
2. La respiration : de son aspect vital à sa prise en compte en psychomotricité.....	60
2.1. L'aspect vital	60
▪ Où es-tu quand ta respiration fait des siennes ?.....	60
▪ « Kiné respi ! », quelle place pour le psychomotricien ?.....	61
2.2. Observation psychomotrice de la respiration	64
▪ Grille d'observation	64
▪ Bilan psychomoteur.....	64
2.3. La respiration en séance psychomotrice	66
▪ La respiration en relation	66
▪ La respiration comme base d'une sécurité interne.....	67
▪ Prise de conscience d'une fonction continue de l'ensemble du corps	68
▪ Des médiateurs à la respiration.....	70
3. Des rencontres... Alice !	71
3.1. Présentation générale.....	72
▪ Alice	72
▪ Son contexte familial	72
▪ Son quotidien	73
3.2. Anamnèse	73
▪ Diagnostic	73
▪ Un vécu corporel douloureux.....	74
▪ Les suivis	74
▪ Son parcours institutionnel	74
3.3. Alice au sein du JES.....	75
▪ 8 années au JES - Des changements.....	75

▪ Son projet actuel s'articule autour de cinq grands thèmes :	75
3.4. La prise en soin psychomotrice	76
▪ Cadre thérapeutique	76
▪ Une première rencontre avec Alice.....	76
▪ Bilan psychomoteur, Bilan d'évolution, Axes de soin	78
▪ Les séances	80
▪ Ça bouge là-dedans	83
▪ Synthèse des séances	84
▪ La transdisciplinarité, exemple kinésithérapeute et stagiaire psychomotricienne	85
3.5. Conclusion de nos rencontres	85
Pour conclure cette partie...	86
Conclusion	87
Annexes.....	89
▪ Annexe 1 : La pyramide des besoins (Zucman, 1998, p. 19)	89
▪ Annexe 2 : Emploi du temps d'Alice.....	90
Glossaire.....	91
Références bibliographiques	92
Table des matières.....	96