



**HAL**  
open science

# La psychomotricité du côté de la force de vie: “ tiens fort ” : rencontre d’un enfant carencé et paraplégique

Charlène Bernard

► **To cite this version:**

Charlène Bernard. La psychomotricité du côté de la force de vie: “ tiens fort ” : rencontre d’un enfant carencé et paraplégique. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02933001

**HAL Id: dumas-02933001**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933001>**

Submitted on 8 Sep 2020

**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.

Institut de Formation en Psychomotricité de la  
Pitié Salpêtrière  
Faculté Médecine Sorbonne Université  
91, Bd de l'Hôpital  
75013 Paris

## LA PSYCHOMOTRICITÉ DU CÔTÉ DE LA FORCE DE VIE

« Tiens fort » : Rencontre d'un enfant carencé et paraplégique

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien  
par **Charlène BERNARD**

Maître de mémoire :

**Olivier R. GRIM**

Session Juin 2020



## Avant-propos

---

« Tiens fort », voici les paroles de Gabriel qui ont ponctué plusieurs de nos échanges. Elles signifiaient chaque fois sa volonté que je fasse preuve, à son égard, d'un toucher franc, voire serré. Il souhaitait que mes mains englobent le plus possible son corps.

Par ces mots, il se présentait à moi. Il m'adressait ses difficultés, ses craintes, ses angoisses, et par là me racontait son histoire. « Tiens fort », c'était peut-être à la fois tiens moi, tiens à moi, je m'accroche, ne m'oublie pas.

# Remerciements

À Olivier R. GRIM, pour votre accompagnement dans l'élaboration de cet écrit, pour la richesse de nos échanges et la découverte du gingembre confis. Votre discours, parfois déstabilisant, m'a amenée à emprunter des détours auxquels je n'aurais pas songé. C'est un réel honneur d'avoir travaillé avec vous.

À Gabriel, pour ta rencontre significative et authentique.

À Marie, ma maître de stage, pour m'avoir considérée telle une professionnelle en devenant en m'accordant ta confiance et en me permettant de créer. Pour ton écoute et ta disponibilité.

À Sophie, ma deuxième maître de stage, pour ton originalité, ton partage d'analyse, et ton soutien.

Aux équipes de mes lieux de stage, pour votre accueil chaleureux.

À Marie-Pierre, psychomotricienne, pour la richesse de ta particularité qui fait de toi quelqu'un je ne saurais oublier.

À Virginie et Clarisse, enseignantes avec qui j'ai animé des séances groupales, pour l'intérêt que vous avez porté à ma construction professionnelle et pour m'avoir rendue témoin de votre altruisme et de votre ouverture d'esprit.

Aux AMP et aux éducateurs spécialisés, pour m'avoir accueillie deux jours durant dans le but de me permettre d'enrichir mes réflexions et de partager votre quotidien.

À Stéphanie, ergothérapeute amatrice de chocolat, pour nos nombreux échanges et ta vision des choses qui a su éclairer la mienne.

À Chloé, orthophoniste, pour ta relecture attentive.

Au Professeur APTER et aux équipes du Groupe Hospitalier du Havre, pour votre accompagnement depuis ma première année de formation.

À Anne COUTELAN, mon enseignante de français en classe de 6<sup>e</sup>, qui a lu mon histoire *Chouquette et Mr Flan* et pour qui j'éprouve une véritable sympathie. Pour votre gentillesse sans pareille et votre relecture minutieuse.

À mon père, pour tout ton temps passé auprès de la photocopieuse afin de me permettre d'avoir de bons supports de travail. Pour tes encouragements.

À ma mère, ergothérapeute, mon premier mentor, avec qui je traverse les couloirs de son service depuis mes trois ans, pour ta sensibilité et ton soutien si précieux.

À Andréa, ma petite sœur, dont nos emplois du temps, difficiles à conjuguer, et la distance géographique, ont révélé l'attachement que j'ai pour toi. À tes quelques visites qui ont allégé mon esprit le temps d'un week-end. À notre sieste sur les chaises du Jardin des Tuileries et à nos coups de soleil.

À Quentin, pour n'avoir jamais cessé de croire en moi, pour ton écoute et nos dîners quotidiens en tête à tête par écran interposé.

À Florine, Aude, Morgane, Solenne, Clara, François, Charlotte, pour avoir fait de mes études les meilleures années de ma vie. À votre bienveillance, votre spontanéité, votre générosité et avoir fait de moi votre Bourgeon en Fleur.

Enfin, à l'équipe pédagogique de mon IFP, pour la qualité de votre enseignement et votre mobilisation exceptionnelle lors de ces dernières semaines. Pour m'avoir permis de me (re)découvrir et accompagnée dans cette évolution tant personnelle que professionnelle. C'était une superbe aventure !

# Sommaire

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>I. UNE PRÉSENTATION DE L' IEM.....</b>	<b>12</b>
1. La structure.....	12
a. L'association.....	12
b. L'Institut d'Éducation Motrice : l' IEM.....	13
2. L'inclusion.....	15
a. Les actions de l' IEM.....	15
b. L'inclusion : un enjeu de la société.....	17
<b>II. A LA RENCONTRE DE GABRIEL.....</b>	<b>20</b>
1. Notre premier face à face.....	20
2. Son histoire.....	22
<b>III. LA CARENCE AFFECTIVE : UNE CONSTRUCTION IDENTITAIRE MISE A MAL.....</b>	<b>25</b>
1. La carence en soins maternels.....	26
2. La séparation de la mère : le placement.....	26
3. Le tonus dans la relation.....	28
4. La blessure narcissique des séparations répétées.....	30
<b>IV. L'ACCIDENT DE LA VOIE PUBLIQUE : LA PARAPLÉGIE ET SES REMANIEMENTS PSYCHOCORPORELS.....</b>	<b>32</b>
1. Le bouleversement du rapport au corps.....	32
a. Des capacités locomotrices entravées.....	32
b. Les soins du corps et l'intimité.....	32
2. Du handicap moteur aux limites des possibilités expressives.....	33

**V. LA SURVIE DE GABRIEL.....33**

- 1. Les troubles du comportement : le débordement.....34
  - a. Les excitations internes.....35
  - b. Le manque d'auto-régulation.....35
  - c. La projection des tensions vers l'extérieur.....37
- 2. Le recours à la force.....39
  - a. Se protéger du monde intérieur.....39
  - b. Se protéger du monde extérieur.....40
  - c. Se sentir réel.....40

**VI. LES PROFESSIONNELS FACE A GABRIEL.....42**

- 1. Des relations difficiles, menacées, détruites.....43
  - a. L'avidité affective.....43
  - b. L'intolérance à la frustration.....46
  - c. L'angoisse d'abandon.....47
- 2. L'accident de la voie publique.....48
  - a. La perte de la forme humaine.....49
  - b. Les appareillages : l'influence des représentations.....51

**VII. LA DIMENSION RELATIONNELLE : APPROCHE PSYCHOMOTRICE DU GESTE AGRESSIF.....55**

- 1. Le temps de la rencontre : les séances groupales.....55
- 2. Création d'un espace-temps individuel.....57
  - a. L'installation d'une alliance thérapeutique.....58
  - b. Le projet thérapeutique et les modalités du soin.....60
- 3. Le toucher thérapeutique.....61
  - a. Envelopper.....61
  - b. Contenir.....62
  - c. Communiquer.....64
- 4. Le récit de nos quatre séances.....66



5. Les corps en relation.....	69
a. La proximité inter-personnelle.....	69
b. La régression.....	70
c. L'empathie.....	71
d. La représentation de soi.....	72
<b>VIII. DISCUSSION.....</b>	<b>73</b>
1. La violence et l'agressivité.....	73
a. L'agressivité.....	74
b. La violence.....	75
c. Gabriel : en état de survie ?.....	76
2. Gabriel et les représentations de mort, ou celui qui révèle.....	77
3. Une question de point de vue.....	80
a. L'objectivité du travail et la réflexion subjective.....	80
b. Une approche psychomotrice : la considération de l'expressivité, des représentations et de la relation.....	81
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

# Introduction

Durant ma formation, mon intérêt pour les dynamiques relationnelles dans l'approche thérapeutique n'a fait que s'accroître. Au cœur du métier de psychomotricienne je saisisais à quel point celles-ci influencent l'engagement de chacun et soutiennent l'accompagnement thérapeutique.

Ce présent travail s'est élaboré à partir d'une situation clinique déstabilisante. Future psychomotricienne et animée par le désir d'apporter du bien-être, j'ai eu peur d'un enfant en situation de handicap. Ce dernier était devenu violent et agressif en un éclair de temps. Il m'avait renvoyé l'image d'une bête, sauvage et menaçante. Comment pouvais-je être traversée par de telles représentations compte tenu de ma position ? Cette situation influençait nécessairement mon implication à son égard. J'étais dans la crainte d'approcher cet enfant : Gabriel. Or, comment entreprendre un travail thérapeutique tout en me tenant à une certaine distance inter-personnelle, tant physique que psychique ? Celle-ci se rapportait à l'espace matériel qui séparait nos corps visibles et à celui qui marquait une distanciation entre nos corps invisibles : mes pensées étaient imperméables aux siennes, je ne parvenais pas à être empathique et me laisser psychiquement traverser par autre chose que son apparence. Si je n'effectuais pas, dans un premier temps, un travail de réflexions personnelles, la relation avec Gabriel me semblait compromise. Entre remise en question et volonté de comprendre, j'ai d'abord porté mon attention sur mes sensations, mes émotions, ma peur.

Ce recul m'a permis de rencontrer progressivement Gabriel. Je lisais son histoire relatée dans son dossier, je partageais avec lui des séances de psychomotricité et j'échangeais ponctuellement avec les professionnels.

Cette démarche m'a amenée à m'interroger en ces termes : comment l'approche psychomotrice permet-elle de comprendre l'agressivité et la violence et d'accompagner l'enfant qui présente des troubles du comportement ?

J'ai découvert un enfant sensible, dont l'histoire me marquait. C'était presque incroyable de penser qu'un être humain, aussi jeune, pouvait avoir traversé tant de choses traumatiques. C'est d'abord vers la carence affective que j'ai orienté mes réflexions. Je me suis demandée si l'agressivité et la violence de Gabriel sont une forme de survie face au manque d'appuis narcissiques et identitaires.

Plus j'accompagnais cet enfant, plus j'observais à quel point ses difficultés relationnelles étaient omniprésentes. Les professionnels en témoignent à plusieurs reprises, dans leur langage, tant infra-verbal que verbal. Gabriel, par ses moyens posturo-locomoteurs et son histoire, semblait faire émerger des représentations de mort chez autrui – comme cela avait été le cas pour moi. Peut-être ses troubles du comportement s'inscrivent-ils dans un phénomène de cercle vicieux où l'intensité et la fréquence de la violence et de l'agressivité, l'importance des difficultés relationnelles et la nature des représentations s'influencent de façon réciproque.

Mon champ de réflexion s'est donc progressivement étendu au-delà des conséquences de la carence affective. En considérant également son handicap moteur, j'approchais des questions relatives à la nature de l'Homme et son rapport au mythe.

D'un point de vue mythique, l'univers se compose de deux grandes forces : celle qui construit et celle qui détruit, et, selon une possible extension, la vie et la mort – notons que l'une ne peut pas exister sans l'autre puisque c'est la comparaison de ces deux pôles qui donne sens à chacun de ces termes. Un pôle ne l'est que s'il fait face à un autre pôle.

Tout au long de mon travail, j'évoque la notion de survie. Cette dernière peut se définir comme le fait de résister à « ce qui pourrait entraîner une disparition » (Strang, 2009, p.1558). Gabriel, si son agressivité et sa violence sont une forme de survie, pourrait être dans un état de lutte contre sa propre disparition, l'extinction de sa personne, c'est-à-dire la mort elle-même. Il serait donc en train de résister à la mort ou à la force qu'elle exerce à son égard.

La survie peut également correspondre à un prolongement de l'existence après la mort (*Ibid*, p. 1558). Gabriel serait alors déjà mort. La survie serait-elle donc du côté de la mort plus que de la vie ?

La question de cette position mythique s'est également posée pour moi : où est-ce que je me situe en tant qu'être humain et en tant que future professionnelle ? Se construit ainsi ma dernière problématique : l'approche psychomotrice peut-elle redonner à l'expressivité du geste centrifuge une dimension relationnelle et un plaisir partagé dans le but de permettre à Gabriel d'être en vie plus qu'en état de survie – état à travers lequel semble s'exprimer la mort – ?

Ce travail retrace mes réflexions qui ont débuté dans une structure qui défend l'inclusion. A partir du récit de l'histoire de Gabriel et du développement des conséquences de la carence affective et de la paraplégie sur sa construction psychocorporelle et ses relations, je proposerai une lecture de ses troubles du comportement. Enfin, avant de vous présenter ma démarche thérapeutique, je consacrerai une partie sur la position des professionnels face à Gabriel.

## I. UNE PRÉSENTATION DE L'IEM

### 1. *La structure*

Mon présent cadre d'étude s'appuie sur mon expérience clinique, une situation vécue dans un Institut d'Éducation Motrice (IEM). Ce dernier est l'une des structures fondées par une association d'envergure nationale, mouvement démocratique de défense et de représentation des personnes atteintes de déficiences motrices avec ou sans troubles associés et de leur famille.

#### a. L'association

En 1933, quatre jeunes adultes français atteints de poliomyélite<sup>1</sup> se révoltent contre l'exclusion dont ils étaient victimes et décident de se mobiliser dans le but de rompre l'isolement des personnes handicapées en France. D'après l'histoire présentée sur son site internet, la jeune association à but non lucratif se heurte à l'opinion publique qui exclut l'infirme et le renvoie à un statut d'étranger, en marge de la société : solitude, isolement, enfermement, et impossibilité d'étudier, se déplacer, travailler ou encore fonder une famille.

En 1945, l'association reconnue d'utilité publique s'inscrit dans une action internationale et souhaite sensibiliser toute collectivité à la question du handicap. La notoriété du mouvement et le contexte d'après-guerre favorisent la création exponentielle de centres spécialisés dont les principales motivations sont l'intégration sociale et le droit au travail.

---

1 Poliomyélite : maladie d'origine infectieuse et très contagieuse qui a pour cibles la substance grise de la moelle épinière. Elle affecte donc le système nerveux et a pour conséquences une paralysie et d'importantes complications respiratoires (Dictionnaire numérique de l'Académie de Médecine, version 2019 <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=poliomy%C3%A9lite> ).

L'association défend des intérêts humanistes, sociaux et militants. Elle soutient le projet d'une société inclusive et solidaire. Elle se mobilise dans une lutte contre les discriminations, pour l'égalité des droits, la citoyenneté, la solidarité, la réduction des inégalités, la participation sociale et le libre choix du mode de vie des personnes en situation de handicap. Liberté (des choix), égalité (des chances) et fraternité (solidarité) sont au cœur des enjeux (Moreau de Bellaing, 2013).

Pour parvenir à atteindre ces objectifs, cinq axes stratégiques sont défendus : recouvrer les droits effectifs et égaliser les chances entre tous<sup>2</sup>, favoriser l'autonomie et l'autodétermination des personnes en situation de handicap, co-construire une nouvelle forme de société et, enfin, renforcer la dynamique participative dans les domaines de la vie civile, politique, économique, sociale, sportive et culturelle.

Le projet associatif peut être amené à se modifier. Néanmoins, la Charte de l'association de 1997, dans laquelle sont inscrites les valeurs communes à tous les acteurs, reste le précieux socle de tout réaménagement.

#### b. L'Institut d'Éducation Motrice : l'IEM

Un externat pour des enfants infirmes moteurs cérébraux est ouvert en 1962 par l'association. Trois années plus tard, les demandes d'accueil se multipliant, celle-ci s'associe à une autre association dans le but de s'installer dans leurs locaux, plus vastes, ceux d'un ancien orphelinat. Ce lieu est encore investi à ce jour.

Le rôle des soixante-quinze Équivalents Temps Plein (ETP) et des quatre enseignants spécialisés de l'Éducation Nationale est d'accompagner des jeunes – ainsi les nomme-t-on sur

---

2 Notons que l'histoire du terme handicap renvoie à des enjeux de compétition et de réussite avec une considération des moyens dont dispose chaque concurrent (Grim, 2000).

mon lieu de stage – sur les plans éducatif, social, pédagogique, médical, paramédical et thérapeutique. La capacité d'accueil de l'institution s'élève à soixante-cinq enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 3 à 20 ans, et présentant une déficience motrice avec ou sans troubles associés.

Les jeunes sont accueillis 206 jours par an, du lundi au vendredi midi. L'IEM dispose d'un internat sur place dont bénéficient dix-huit mineurs pour diverses raisons : éloignement important avec le foyer familial, fatigabilité, mesures sociales, familiales et judiciaires, troubles du comportement, etc. Cinq autres jeunes sont installés dans un logement de type Habitation à Loyer Modéré (HLM) dans une commune voisine.

Au cours des dernières années, la population de l'IEM a évolué. Le milieu scolaire ordinaire accueille davantage les enfants qui présentent une atteinte motrice et/ou sensorielle sans troubles associés. Ce sont aujourd'hui des enfants en situation de plurihandicap qui sont accueillis dans les locaux : aux troubles moteurs dont les étiologies sont variées sinon inconnues (lésions neuromotrices, dégénérescence musculaire, désorganisation du système biologique, etc) peuvent s'ajouter des troubles du comportement, des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) ou encore une déficience intellectuelle.

Depuis un an, l'IEM s'est associé à un SESSAD pour former un Pôle enfance-jeunesse. Le projet de se réunir dans des locaux communs est en cours. L'objectif est, encore une fois, de renforcer la possibilité pour les équipes de promouvoir l'inclusion, se rapprocher d'une grande ville, permettre aux jeunes de déployer leurs capacités d'autonomie, et d'accéder à leurs droits fondamentaux de citoyens.

Deux éléments définissent le protocole d'admission à l'IEM : d'une part l'existence d'une notification délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et d'autre part l'autorisation parentale – ou du représentant légal – d'un accompagnement éducatif, pédagogique et thérapeutique.

Un enfant est orienté vers l'IEM par d'autres structures, par le médecin, ou les parents eux-mêmes. Il y effectue un stage sur une période pré-déterminée, de quelques jours à quelques semaines. Période d'adaptation, d'observation et de découverte de l'institution pour le jeune et de mise en perspective pour les professionnels, l'intérêt est de présenter à son issue un projet tenant compte des besoins et de la demande de l'enfant selon les possibilités de la structure. Par un consensus mutuel, le contrat de séjour est signé par chaque protagoniste, c'est-à-dire le jeune, ses représentants légaux et le directeur de l'IEM.

Six mois après son admission, un Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) du jeune est rédigé par l'ensemble des professionnels qui gravitent autour de lui. Ce document formalise et officialise l'accompagnement éducatif et social, les soins et la scolarité du sujet tout au long de son parcours à l'IEM. Les objectifs et les moyens mis en œuvre sont définis ; ils garantissent une approche singulière de l'individu. Le but est de tendre vers une amélioration de son bien-être, de son autonomie, de ses acquis et de ses aptitudes. Le PPA, validé par l'enfant et sa famille peut être revu une fois par an ou au cours d'année à la demande de chacun.

## 2. *L'inclusion*

### a. Les actions de l'IEM

L'IEM – et plus généralement l'association auquel il appartient – défend la politique de l'inclusion. Il déclare veiller à la mise en place d'un cadre de vie agréable respectant et favorisant l'expression de chaque jeune, et tendre vers une ouverture relationnelle de



l'intérieur vers l'extérieur de la structure dans une dynamique de réussite et de reconnaissance citoyenne.

Lors d'un entretien, le directeur de la structure me dit : « Nous sommes pour l'inclusion, mais pas toute l'inclusion. Il faut se poser la question de ce qui est bien pour l'enfant. Il ne s'agit pas de l'intégrer dans un milieu, trop rapidement, sans préparation, dans un domaine qui le met en difficulté. Ceci pourrait affecter le rapport qu'il entretient avec son environnement, avec ses pairs, avec lui-même ». La démarche de la structure n'a pas pour but de « faire rentrer ses jeunes dans la société » mais de tout mettre en œuvre, c'est-à-dire créer les conditions propices, pour favoriser leur réussite, leur ouvrir les espaces qu'ils désirent, les accompagner vers la vie qu'ils souhaitent. L'approche éducative et pédagogique, présente dans l'engagement de chaque professionnel, vise à déployer les capacités de communication, notamment les qualités expressives, les habiletés sociales et les connaissances de base (lecture, écriture, arithmétique), en prenant en compte la dimension culturelle propre à chaque famille.

Inclure un sujet en situation de handicap serait de favoriser son accueil et sa considération afin qu'il puisse vivre pleinement, dans tous les domaines, sinon ceux qu'il souhaite investir. L'IEM met en place des actions de désinstitutionnalisation dans le but de « tisser et maintenir du lien social » (Claude Rovera, 2016, p.21).

Au cours d'échanges avec l'équipe, je prends connaissance d'un réseau de partenariats qui s'est développé depuis plusieurs années dans les champs de l'action sociale et médico-sociale, de l'éducation spécialisée et de l'Éducation Nationale, des activités sportives et culturelles. Dans ce cadre, plusieurs sorties ont lieu de façon hebdomadaire ou plus exceptionnelle : séances thérapeutiques à la piscine municipale, sorties shopping dans des

zones commerciales, promenades en vélo ou encore sorties au parc de jeux ou dans des lieux culturels.

Actuellement, une jeune de l'IEM passe son Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) cuisine. Elle partage les mêmes locaux que d'autres jeunes adultes et assiste aux mêmes cours que ces derniers. Les retours qu'elle partage avec la structure médico-sociale sont positifs, elle semble pouvoir réaliser ses projets professionnels et avoir une vie sociale active, telle qu'elle est. Un autre jeune de l'IEM suivait des cours dans un lycée ordinaire en étant accompagné d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS). De cette façon, les professionnels et les enfants se rencontrent, le savoir-être et le savoir-faire s'enrichissent : l'écart par rapport à la norme n'est plus synonyme d'incompatibilité avec une vie dans la société. L'expérience ayant été favorable pour les enseignants, les élèves et le jeune en situation de handicap, l'IEM envisage de poursuivre cette ouverture vers l'extérieur avec l'entrée de quatre autres mineurs à l'école élémentaire de proximité, à raison de quelques heures hebdomadaires.

Pour construire une société inclusive, il s'agirait de remettre en question les référentiels à partir desquels nous nous considérons comme citoyen actif, sujet utile, être normal ou non. L'inquiétude de la différence, de la déviation vis-à-vis des normes, laisserait place à la tolérance de la diversité des êtres au monde. Ainsi pouvons-nous espérer que les exigences de la société ne soient plus réduites à la performance mais au déploiement des possibles collectifs.

#### b. L'inclusion : un enjeu de la société

L'IEM définit l'inclusion comme l'abolition de toute discrimination, l'égalité des droits, la participation sociale et le libre choix. La société dite inclusive serait accessible pour tous et ne défavoriserait nul être, alors autonome. Aucune norme ne pourrait ainsi survivre et l'invalidé ne serait plus extérieur au groupe, il serait pleinement reconnu comme une

métaphore de la condition humaine et non une race à part (Murphy, 1987). Le rôle des soignants de l'IEM et plus généralement de ceux attachés à cette construction d'une société inclusive serait d'entreprendre un chantier colossal : modifier les représentations collectives afin de rendre leur enveloppe plus perméable, le groupe devenant plus tolérant à la singularité de chaque être.

L'inclusion est un enjeu majeur quant aux dynamiques de la société. Dans un entretien accordé à G. Le Guillou, C. Gardou (2018, p.28) nous permet de différencier, dans l'idéal, une société inclusive qui devient un « chez soi pour tous (une maison commune) » et une société d'inclusion qui met dedans sans se préoccuper du sentiment d'appartenance à un groupe ; il parle d'êtres « exilé[s] à l'intérieur ». Seule la première société sera développée.

L'inclusion (Strang, 2009, p.808) correspond à un mouvement, une action qui est celle d'inclure, insérer, comporter ou impliquer. En mathématiques, elle désigne la « propriété d'un ensemble ou d'un élément inclus dans un autre ensemble » ; en biologie, elle est une « opération consistant à inclure le tissu à étudier dans une matière dure pour pouvoir le couper en lamelles très minces » ; enfin en minéralogie, elle décrit l'état d'un « corps étranger enfermé dans un cristal ». A partir de ces termes, nous allons tenter de comprendre comment l'inclusion peut se transposer au niveau de la société et quels peuvent en être les enjeux.

Un être humain, par définition, fait partie de la communauté humaine. Or, « on n'intègre pas une personne dans son milieu naturel. C'est parce qu'un individu est étranger à un milieu qu'il faut l'intégrer dans ce milieu. L'intégration implique donc, dès le départ, une notion d'exclusion » (Korff-Sausse, 1996, p.146). Est-ce possible d'exclure un Homme de son groupe ? La personne en situation de handicap serait-elle considérée comme humaine ou

bien cela serait-il l'enjeu de l'inclusion ? Comment rendre, sinon attribuer, ce statut et faire exister tout être en tant qu'humain ? Peut-être faut-il modifier l'organisation et la structure d'une communauté, ou du sujet lui-même, afin que l'enveloppe de l'un puisse traverser celle de l'autre, en assurant la survie de chacun. Si nous nous intéressons à la définition de l'inclusion en biologie, l'unité intégrée a pour avenir d'être « coupée en lamelles très minces ». Aussi triviale que puisse être cette idée, elle pose tout de même la question du devenir du sujet à inclure. Pourrait-il se trouver enfermé, serait-il vraiment libre de son existence, ou encore serait-il l'objet d'opérations multiples allant jusqu'à modifier son intégrité ? En ces termes, l'inclusion ne serait-elle pas une utopie, donc dans le réel une impasse ? N'est-ce pas le système qu'il faut changer ? Mais n'est-ce pas une nouvelle utopie ?

Mon engagement vis-à-vis de Gabriel soulève chez moi ces questions relatives à l'inclusion et la tolérance de la différence, voire de l'étrangeté. De sa façon d'être au monde aux relations qu'il entretient avec son environnement, tout se passe comme s'il n'avait pas les outils nécessaires pour accéder à l'identité d'être humain et être considéré comme tel.

Plusieurs collègues témoignent, par leur attitude, de leur difficulté à entrer en relation avec cet enfant dont les comportements épuisent. L'intégrité du soignant est sans cesse remise en question. Or, comme nous venons d'en rendre compte, pour inclure celui que l'on considère exclu, il faut entreprendre un travail de transformation des représentations de soi et d'autrui. Les limites doivent se modifier et s'adapter l'une à l'autre. Ainsi pouvons-nous penser que celui qui défend l'inclusion a d'abord remis en question sa propre façon d'entrer en relation avec le sujet en situation de handicap. Si le sujet voué à l'accompagnement des personnes en difficulté est lui-même en difficulté face à la réalisation de cet enjeu complexe, comment accompagner l'ensemble des citoyens dans ce chantier colossal ?

Mon présent travail pourrait consister à entreprendre cette démarche de transformation et modifier mes représentations liées aux troubles du comportement.

## II. A LA RENCONTRE DE GABRIEL

Il était important pour moi de ne pas donner n'importe quel prénom à ce jeune garçon que je devais anonymiser. Sens du détail ou intuition de ce vers quoi j'allais tendre au cours de mes réflexions, je l'appelle Gabriel.

C'est d'abord son étymologie hébraïque qui me convainc : « force de Dieu ». La nature des représentations qui m'avaient traversée me semblait correspondre à cette traduction. C'est finalement son histoire religieuse qui est la plus cohérente avec le chemin qu'ont emprunté mes pensées. Gabriel est le nom d'un archange qui, faisant l'intermédiaire entre le divin et l'humain, annonce diverses nouvelles, dont la naissance de Jésus à la Vierge Marie, et révèle l'existence du Coran à Mahomet (Rédaction Viversum, 2017). Du mythe à la clinique, j'ai pu observer que Gabriel entretenait des relations différenciées avec les membres de la structure qui, eux-mêmes, avaient chacun leur propre façon d'échanger avec lui. Quelque chose autour des relations qui se déployaient m'interpellaient, sans que je puisse vraiment encore préciser mes pensées. Je me suis progressivement intéressée aux représentations que l'on pouvait avoir de l'enfant en situation de handicap, c'est-à-dire les images, les pensées qu'il peut nous renvoyer et qui peuvent influencer notre attitude. Gabriel, dont l'histoire tragique impacte son être au monde, soulève de nombreuses questions autour de la place qu'il occupe dans la société et vis-à-vis des autres humains. Gabriel étant celui qui révèle, que peut bien annoncer ce jeune garçon que j'ai rencontré ?

### 1. *Notre premier face à face*

C'est mon premier jour, j'ai hâte de rencontrer les enfants qui participeront à ce parcours moteur que nous venons d'installer avec ma maître de stage. Ils arrivent. Je remarque tout de suite cette tête blonde : c'est le seul qui se déplace en fauteuil roulant manuel, ses

camarades marchent. Je me souviens à peine de la façon dont les autres enfants se sont présentés ; mon attention est spontanément tournée vers Gabriel, ce jeune garçon âgé de six ans. Tout en se léchant la lèvre supérieure — déjà rouge d'irritation — il me regarde intensément avec ses yeux dorés. Lui aussi a repéré ma présence. Avait-il été prévenu de mon arrivée ? Je lui souris timidement et il dévoile à son tour son sourire me présentant ses petites dents pointues. Après réflexion, elles ne l'étaient pas vraiment. Pourtant, c'est ainsi que je me le représentais lors de ce premier échange.

Dans l'idée de lui permettre d'explorer pleinement ses capacités motrices et d'accéder, peut-être, à un plaisir d'agir, nous proposons à Gabriel de sortir de son fauteuil pour la séance. Il est au sol. On observe une hyperlordose et un bassin en antéversion. On devine de grandes tensions postérieures et des rétractions musculaires. En appui sur ses fesses, ses jambes maigrichonnes et inertes sont regroupées devant lui. Il les positionne à sa guise, les porte, les déplace, les balance, les écarte de son chemin. Complètement désarticulé, il a l'allure d'un pantin. Gabriel se déplace en appui sur ses mains, grâce à la force qu'il déploie au niveau de ses épaules et de ses bras. Incroyable ! Il est actif, vif, parvient à escalader un bloc de mousse ou bien demande de l'aide à l'adulte. Lors d'un déséquilibre, il tombe sur le dos. Ses jambes pliées se ramassent de part et d'autre de son tronc : elles sont complètement étalées sur le sol. Dans cette position de nourrisson prématuré qui subit la pesanteur, il est comme collé au sol, attiré par la terre. Gabriel est paraplégique.

Gagné par l'excitation du parcours, il pousse des cris et se déplace avec une habileté époustouflante. Je l'observe avec attention. C'est progressivement par une rage noire qu'il est habité. L'intervention de l'adulte qui lui fait remarquer son irrespect des consignes provoque la naissance d'une hétéro-agressivité impressionnante : il hurle, jure, insulte et frappe toute personne qui aura la malchance d'être à sa proximité.

Déjà absorbée, voire fascinée par ce spectacle posturo-locomoteur dont je n'avais jamais été témoin, je me sens à présent anesthésiée de toute émotion, de toute pensée, de toute sensation. Je suis dans cette immense salle, décontenancée, sans mot, sans mouvement, face à cet enfant que la violence et la colère ont physiquement transformé au point de lui donner l'apparence d'une bête sauvage – enfant sauvage.

Comment ma pensée sur le monstrueux et mes représentations peuvent-elles être légitimes par rapport à ma position de thérapeute en devenir et dans une structure qui défend l'inclusion ? Je suis traversée par un sentiment de culpabilité : je m'accuse de manifester une attitude à contre-courant des textes institutionnels et cela suscite en moi une remise en question, celle de ne pas pouvoir toujours être bienveillante.

## 2. *Son histoire*

Quelle est l'histoire de Gabriel ? Comment cet enfant peut-il manifester tant de violence ? Comment ai-je pu passer d'un sentiment d'admiration à celui de peur et d'incompréhension en passant par un état de sidération ? Il me faut mettre en mot mes sensations et mes représentations, consulter divers professionnels qui gravitent autour de lui et prendre connaissance de son dossier médical afin de le contextualiser dans une histoire d'Homme.

Né en 2013, Gabriel est le troisième enfant d'une fratrie de trois garçons et une fille issus de géniteurs différents. Son père est absent, aucune information concernant son identité n'apparaît dans le dossier administratif. Gabriel porte d'ailleurs le nom de famille de sa mère. Alors qu'il n'a qu'un an et demi, les difficultés psychologiques de cette dernière et les actes

de maltraitance physique précipitent un placement des enfants par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Gabriel est séparé de ses frères et de sa sœur, accueilli en pouponnière, puis en famille d'accueil dès l'année 2015. Chaque vendredi, mère et fils se voient lors de visites médiatisées.

En Juillet 2017, il se rendait en taxi ambulance au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) dans lequel il était suivi pour une hypotonie axiale qui impacte son développement tonico-postural, un retard dans le développement psychomoteur, des troubles du comportement, des troubles du langage et des troubles cognitifs. C'est alors qu'il est victime d'un grave accident de la voie publique ayant pour conséquence un traumatisme crânio-cérébral, une fracture au bassin et une lésion de la moelle épinière dont les séquelles sont irréversibles. A l'âge de quatre ans, ses deux membres inférieurs sont paralysés (il y a une absence totale et non évolutive de réponse motrice) et anesthésiés et son appareil urogénital est gravement affecté : Gabriel est sondé plusieurs fois par jour et des lavements ont lieu plusieurs fois par semaine. Il suit un programme de rééducation sur une durée d'un an dans un Centre de Soins de Suite et de Réadaptation (CSSR). Malheureusement, lorsqu'un retour chez la famille d'accueil est projeté, son handicap neuromoteur et les hétéro-sondages contraignent cette dernière à rompre la poursuite de son accompagnement. Bien que plusieurs aides soient proposées, elle ne se sent pas apte à accueillir de nouveau cet enfant turbulent, aménager sa maison pour permettre sa libre-circulation en fauteuil et avoir la responsabilité des sondages. Faute d'autres solutions d'accueil, Gabriel est donc adressé à l'IEM par le CSSR qui ne peut garder cet enfant plus longtemps : son état de santé ne relève plus de leur mission.

Il est accueilli dès Septembre 2018 à l'IEM. Cinq jours après, une escarre se développe et, par manque de matériel adapté et pour éviter toute charge au niveau du sacrum, Gabriel est porté par les adultes. Il retourne au CSSR car les soins y sont plus adaptés. Il reviendra à l'IEM



en Janvier 2019 mais en Novembre, une autre escarre le contraint à quitter de nouveau la structure de Décembre 2019 à Janvier 2020.

La structure étant fermée les week-ends et une partie des vacances scolaires, et faute de cellule familiale, les deux établissements se relaient. Gabriel est en internat à l'IEM la semaine et au CSSR lors des fermetures de ce dernier. La recherche d'une structure ou d'une famille pouvant accueillir cet enfant toute l'année de façon continue est en cours. L'organisation actuelle n'est que temporaire.

Son suivi paramédical est assuré par une ergothérapeute, une kinésithérapeute, une orthophoniste et deux psychomotriciennes qui travaillent dans le but de renforcer les pré-requis des apprentissages scolaires, apporter les aides nécessaires à son autonomie cognitivo-motrice, favoriser une meilleure gestion des émotions et de meilleures qualités relationnelles.

Gabriel fait partie d'une classe dont les jeunes sont âgés de six à onze ans. Leur niveau de développement psychomoteur, cognitif et intellectuel nécessite l'utilisation de divers outils pédagogiques qui favorisent l'intégration des pré-requis aux apprentissages fondamentaux étudiés à l'école élémentaire : connaissance des couleurs et des formes, graphomotricité, jeux d'éveil et pédagogiques, manipulations plastiques, apprentissage de comptines, découpage, collage, etc. Gabriel apprécie particulièrement les activités manuelles (pâte à modeler, sable, collage), les manipulations de type remplir et vider, les encastremements, les voitures et les jeux d'imitation.

L'équipe professionnelle est traversée par de nombreuses questions quant à l'avenir du jeune garçon. De la même manière que les parents ne parviennent pas à se représenter le futur de leur enfant en situation de handicap, les professionnels de l'IEM sont dans la

difficulté d'envisager celui de ce jeune (Korff-Sausse, 2016, p.57). L'histoire de Gabriel, de complexe à méconnue, nous plonge dans un univers dans lequel il est difficile de nous repérer. Né sous la mauvaise étoile, il est expédié d'une planète à une autre, devant chaque fois s'adapter aux nouvelles coutumes, aux nouveaux habitants. Sans lieu d'habitation fixe, il serait à la recherche d'une maison contenant, d'une existence propre. Je fais ici référence au cadre institutionnel ou familial structurant, mais également à la maison-corps évoquée par C. Potel (2015), intérieur psychocorporel personnel dans lequel l'être habite et se sent vivant. Cet enfant n'a pas de port d'attache, pas de racines auxquelles se raccrocher. Il est en permanence déraciné et transporté. Les diverses circonstances ne lui ont pas permis jusqu'à présent d'être acteur de son projet de vie. Il reste là où on le dépose, jusqu'à un prochain déracinement éventuel.

D'une situation clinique à partir de laquelle je souhaite comprendre ce qui pousse Gabriel à devenir brutalement si agressif au point de me faire peur, je prends connaissance d'une histoire traumatique, jalonnée de troubles des interactions précoces, de séparations multiples et d'un accident grave. Pour tenter de trouver une réponse à mon premier questionnement, je ne peux pas faire l'impasse de tous ces facteurs. Cet enfant plurihandicapé, d'extraordinaire à menaçant, m'amène à emprunter différents chemins de réflexions, de ses premiers mois à aujourd'hui.

### III. LA CARENCE AFFECTIVE : UNE CONSTRUCTION IDENTITAIRE MISE A MAL

Le nourrisson se construit à partir d'expériences sensorimotrices diverses soutenues par la relation. La figure maternelle incarne la personne qui nourrit (administre des soins physiologiques et affectifs), contient (apporte des informations quant aux limites corporelles et assure la fonction de pare-excitation), symbolise (développe la mise en sens et en

représentation du vécu interne) et qui permet à l'enfant de développer son sentiment d'individualité, d'unité et de sécurité interne. Quand ces conditions sont remplies, le jeune sujet a suffisamment d'outils psychocorporels pour explorer le monde avec assurance, sous le regard de sa figure d'attachement (Bowlby, 1978).

Gabriel vit les premiers mois de sa vie avec sa mère comme seule figure parentale. L'histoire de cet enfant démontre combien cette dernière était en difficulté, notamment dans l'administration de soins maternels répondant aux besoins primaires de son enfant (besoins physiologiques et psycho-affectifs).

### *1. La carence en soins maternels*

Si la carence a rapport au manque, elle a également à voir avec le vide. Pour S. Robert-Ouvray (2007, p.146), ce dernier « arrive avec le dépassement du seuil de tolérance, avec la douleur physique et psychique ». Dans le cadre d'une carence, le manque s'installe dans la durée, par des soins dont la qualité et la quantité ne répondent pas aux besoins de l'enfant, par la discontinuité des échanges avec la mère ou par l'arrêt brutal de ces derniers, comme c'est le cas lors du placement judiciaire. Ce vide dans la charge affective des soins est ressenti dans le corps. Le jeune enfant n'est pas suffisamment nourri d'un point de vue qualitatif et quantitatif, il ne peut pas se ressentir comme un être, un sujet consistant. Cela renvoie à des troubles de la conscience de soi qui influence le sentiment continu d'exister.

### *2. La séparation de la mère : le placement*

Le motif du placement est en lien avec la fragilité psychologique de la mère et sa difficulté à apporter des soins maternels et éducatifs bienveillants et continus. Les services sociaux parlent d'une négligence parentale. Cela renvoie à un manque d'interaction et de

considération. A un an et demi, Gabriel est séparé de son environnement familial. Bien que sa mère puisse être en grande difficulté lorsqu'il s'agit de s'occuper de ses enfants, elle était à cette époque le point de repère de Gabriel, la personne qu'il avait investie. Ce placement peut avoir entraîné l'apparition d'une désorientation spatio-temporelle, du sentiment d'être perdu, d'être seul. Cette perception de soi et de son environnement peut être encore présente aujourd'hui. Peut-être que, lorsque Gabriel exprime sa peur de tomber lorsqu'on le dépose au sol (« ça va daler »), il manifeste cette angoisse, celle d'être totalement perdu dès lors que le contact à la personne de référence – celle qui portait, tant psychologiquement que physiquement (Winnicott, 2006) – est interrompu. Peut-être signifie-t-il tout autre chose.

Les premiers échanges que l'enfant entretient avec son parent sont déterminants dans la construction d'une conscience de soi, dans l'installation des liens d'attachement et dans l'édifice d'une représentation stable et continue de son corps et son environnement. (Robert-Ouvray, 2007). Or, les interactions précoces étant fortement perturbées, toutes ces notions sont impactées.

Ce petit garçon monstrueux dans sa colère et sa manière d'utiliser son corps peut être reconnu comme un enfant en carence affective, en somme en souffrance. Le mal-être de Gabriel pourrait être tel qu'il bouleverse son « équilibre émotionnel » et « le force à se réaménager selon des lignes de développement inhabituelles ». Son expression se ferait « par un langage symptomatique à la fois corporel, affectif, cognitif et socio-moral » (Lemay, 1979, p.13). Ses troubles du comportement (intolérance à la frustration, attitudes d'opposition, manifestations pulsionnelles) peuvent être la seule façon dont il dispose pour vivre.

Si la carence désigne un manque ou une perte, elle peut également concerner la paraplégie. Gabriel souffrirait donc d'une carence affective et d'une carence motrice. Chacune d'entre elle peut impacter l'organisation psychomotrice et l'engagement psychocorporel de cet enfant.

### 3. *Le tonus dans la relation*

Il y a quelques années, Gabriel consultait au CAMSP pour un retard de développement tonico-postural dû à une hypotonie axiale. Cette information peut être vue sous l'angle d'un trouble neuro-développemental. Je vais ici la développer comme étant une des conséquences de la carence affective.

Le tonus est « l'état de tension des muscles, volontaire ou involontaire, variable dans son intensité selon le contexte » (D'Ignazio et Martin, 2018, p.50). Il est également « l'agent d'intégration du schéma corporel et des actions motrices. Sa fonction intégrative s'associe étroitement à la vie émotionnelle. (...) [Il] est le principal agent de la communication » (Robert-Ouvray, 2007, p.44). Dans les interactions précoces, il tient une place extrêmement importante dans la relation. Dans le portage et les échanges entre le nourrisson et son parent, il existe une communication infra-verbale. L'un et l'autre impriment et expriment des messages corporels, des informations toniques. Or, si le tonus est entendu comme un élément fondamental de la communication infra-verbale, son organisation en est également le résultat.

Les variations toniques s'expérimentent et s'intègrent grâce aux échanges que le nourrisson entretient avec son environnement (Robert-Ouvray, 2007). Il s'agit de la qualité des échanges corporels, notamment la notion de dialogue tonique dans le portage, du passage entre contraction et décontraction, lié à la satisfaction des besoins physiologiques du bébé qui

dépend de la réponse de la mère, ou encore de la diversité des expérimentations du bébé qui lui permettent, à terme, d'acquérir la marche et d'avoir des compétences instrumentales.

La mère de Gabriel était en difficulté. Nous pouvons supposer que la qualité du portage et la diversité des expériences ont été impactées. Peut-être qu'il y avait peu, ou trop, d'échanges corporels, peut-être que leur qualité n'était pas propice à l'enrichissement du langage infra-verbal, peut-être que les échanges entre Gabriel et sa mère étaient discontinus et imprévisibles, peut-être que son environnement était insécure. Au cours du bilan psychomoteur réalisé au CAMSP, Gabriel présentait une hypotonie axiale. Cette répartition tonique, semblable à celle du nourrisson, ne semble pas avoir pu s'organiser de façon habituelle. Cela peut résulter de troubles neurologiques ou de perturbations variées dans les échanges entre Gabriel et son environnement familial. Cet enfant n'aurait pas été l'objet d'une quantité et d'une qualité suffisantes de soins maternels. Le tonus en aurait pâti.

Sur un plan psychologique et philosophique, être hypotonique peut être entendu comme être mou, passif, en somme peu visible voire peu vivant. Si la mère de Gabriel a apporté peu de soins maternels de qualité, nous pouvons nous interroger sur la façon dont elle investissait son fils. Peut-être ne lui a-t-elle accordé que peu de temps, peu d'intérêt, peu d'importance. C'est peut-être ce qu'a ressenti Gabriel. Ce jeune garçon a pu ne pas se sentir suffisamment investi et son sentiment d'existence a pu être mis à mal.

« C'est dans les premiers corps à corps (...), dans la tendresse et le respect du corps de l'enfant et durant la première année de vie que l'enfant ancre ses racines affectives dans l'humanité, s'attache et crée des liens » (Robert-Ouvray, 2004, p.19).

Or, comment se sentir vivant si l'autre ne nous en donne pas la preuve ? L'hypotonie axiale de Gabriel peut donc être également vue comme l'expression d'un défaut d'inscription dans le monde des êtres vivants.

Le bébé face à un environnement délétère a deux manières de réagir toniquement pour se défendre (Robert-Ouvray, 2007) : soit il développe une hypertonie, il devient dur comme un caillou et hermétique à toute attaque, soit il devient hypotonique, il est comme de l'eau qui ruisselle entre deux montagnes abruptes et qui s'écoule entre les doigts de celui qui veut se l'approprier : elle s'échappe. Dans tous les cas, c'est une défense active, c'est-à-dire un comportement ayant un but : parer à toute attaque de l'environnement.

#### 4. *La blessure narcissique des séparations répétées*

Son histoire, complexe, est d'abord colorée par un défaut qualitatif et quantitatif de soins maternels, puis marquée de nombreuses ruptures relationnelles : avec sa mère et sa fratrie, avec l'équipe de la pouponnière, avec son assistance familiale, et prochainement avec les membres de l'équipe du CSSR et de l'IEM dès lors qu'une nouvelle structure ou famille acceptera de l'accueillir. Cette discontinuité de soins, à la fois maternants, contenant et affectifs, peut être à l'origine d'une mésestime de soi, d'une insécurité identitaire, d'un manque d'ancrage, de même qu'un investissement particulier du corps et des relations. Pour M. Lemay (1979, p.22), « la répétition des abandons est finalement l'événement le plus traumatisant car elle interdit le développement de tous les points de repère ».

Ayant intégré peu de repères invariants, Gabriel semble s'être construit sur un déséquilibre relationnel et identitaire. Son être au monde, insécure, ne peut se construire de façon harmonieuse dans de telles conditions développementales. Face à la menace permanente d'une rupture relationnelle, l'amour qu'il se porte et son sentiment continu d'exister peuvent être entravés. Chaque rupture relationnelle remet en question ses assises identitaires comme s'il perdait une partie de lui-même à chaque séparation. L'identité de Gabriel est donc très fortement impactée par ces situations traumatiques. La perte identitaire est grande. Comment vivre dans ces conditions dans lesquelles son être est régulièrement

menacé, supprimé ? Si je perds une partie de moi, n'y a-t-il pas un risque que je puisse tout perdre ? Ces pertes entraîneront-elles ma mort ? Tant de questions que la situation de Gabriel viennent soulever chez moi. Cette insécurité impacte nécessairement la façon dont Gabriel investit son environnement, ses relations, son corps. Les troubles du comportement pourraient être expliqués tel un moyen de s'accrocher à la vie, vivre à tout prix, surmonter la mort, avec les moyens dont il dispose.

Les séparations à répétition, dès la période des interactions précoces, semblent avoir diverses conséquences psychocorporelles. Les dynamiques relationnelles existantes à ce jour chez ce jeune en sont les principaux témoins. Gabriel présente des schèmes comportementaux et affectifs spécifiques à sa situation, celle d'un enfant en manque de repères spatio-temporels et en carence affective.

L'arrivée à la pouponnière et en famille d'accueil ont, certes, séparé Gabriel de ses repères familiaux, mais ont peut-être pu lui apporter un cadre sur lequel s'appuyer pour se développer pendant plusieurs années. Pourtant, les troubles du comportement, que nous envisageons comme l'expression d'un manque originel, sont toujours présents, même au sein et *a posteriori* de cet accompagnement éducatif.

S. Robert-Ouvray (2007, p.27) écrit que « nous avons fondamentalement besoin de cohérence et de continuité dans notre développement psychomoteur ». Or, dans l'histoire de Gabriel, les soins maternels, le placement et les divers événements de sa vie ne répondent pas à ces conditions, aux fondements de l'être. Ce jeune garçon est donc en grande difficulté tant dans son développement psychomoteur que dans sa nature humaine.



## IV. L'ACCIDENT DE LA VOIE PUBLIQUE : LA PARAPLÉGIE ET SES REMANIEMENTS PSYCHOCORPORELS

Concours de circonstances ou acharnement du destin, Gabriel, l'enfant qui présentait une carence affective importante et des difficultés psychomotrices fait face à une nouvelle épreuve. Alors qu'il se rend au CAMSP dans lequel il était suivi, son taxi ambulance a un accident. Les lésions et conséquences sont multiples et irréversibles.

### 1. *Le bouleversement du rapport au corps*

#### a. Des capacités locomotrices entravées

Gabriel est paraplégique. Il ne peut plus marcher et la sensibilité de ses jambes a totalement disparu. Du bassin jusqu'aux pieds, son corps est inerte. Tous ses moyens de déplacement sont impactés : marcher, courir, sauter, ramper, faire du quatre pattes, etc. Mais, si la moitié inférieure de son corps est comme morte, Gabriel est encore en vie et continue de vouloir explorer son environnement et d'aller vers l'adulte. Il préfère être au sol pour des raisons de possibilités expressives et d'afférences sensorielles, ceci lui ayant permis de développer sa propre façon de se mouvoir et de retrouver une certaine liberté et autonomie d'action.

En fauteuil roulant, Gabriel fait preuve d'une grande habileté dans ses déplacements.

#### b. Les soins du corps et l'intimité

Gabriel est sondé plusieurs fois par jour. Du fait d'une anesthésie et d'une paralysie, ses sphincters ne peuvent répondre à leur fonction physiologique. La majorité des temps de soins est source de crises. Ses cris et son refus plus ou moins important d'être sondé sont

certainement en lien avec un vécu corporel intrusif, psychologiquement douloureux et un rapport à l'intimité mis à mal.

Ce trouble uro-génital est l'une des causes principales pour laquelle la famille d'accueil a renoncé à reprendre Gabriel. Ce rapport à l'autre peut donc être très inconfortable et intrusif pour l'enfant comme pour l'adulte.

Actuellement, les infirmiers réalisent les soins parce que Gabriel est jeune, qu'il présente des troubles praxiques (notamment au niveau de la motricité fine) et des comportements auto-agressifs. Toutefois, ils l'accompagnent vers une future autonomie des soins.

## *2. Du handicap moteur aux limites des possibilités expressives*

Son fauteuil roulant peut être vu comme un moyen de déplacement, un contenant qui peut avoir pour fonction de sécuriser et, d'une certaine façon, un tuteur qui oriente le corps dans une direction et lui donne une forme. Il peut aussi être considéré comme une contrainte vis-à-vis des possibilités expressives et des afférences sensorielles et proprioceptives. Rester assis pendant plusieurs heures limite les mobilités du tronc, les changements de position et donc l'orientation du corps vers les stimuli de l'environnement. Cela ne peut que renforcer le tonus d'un corps empêché, et alimenter les réactions agressives.

## V. LA SURVIE DE GABRIEL

Dès la naissance, Gabriel vit dans son foyer familial. Son père est absent et aucune information n'est donnée à son sujet. La mère présente des difficultés psychologiques importantes impactant la qualité des soins qu'elle peut apporter à ses enfants : elle manque

d'autonomie et présente des difficultés à s'organiser vis-à-vis de leurs besoins. Des actes de maltraitance sont plusieurs fois observés par les services médicaux et l'assistance sociale. Une scène traumatique y fait référence : un jour, le chauffe-eau ne fonctionne plus ; dans le but de laver un de ses fils, Madame fera bouillir de l'eau à la casserole ; le jeune enfant est fortement brûlé et admis d'urgence à l'hôpital. Dans ces conditions familiales, le développement de la sécurité interne et du sentiment continu d'exister est fortement remis en question.

La façon dont un être investit son corps en relation avec l'environnement dépend fortement de la construction identitaire de ce dernier. Gabriel n'ayant pas suffisamment fait l'expérience, dans sa petite enfance, d'un environnement contenant, cohérent et continu, il n'a pas assez de moyens pour comprendre son corps, reconnaître ses émotions et agir sur son environnement de façon adaptée et contrôlée. Tel l'enfant sauvage, Gabriel est livré à lui-même dans la construction de son identité, dans une nature qu'il tentera de comprendre et au sein de laquelle se déploieront ses possibilités d'y vivre. De ce fait, l'agressivité et la violence qu'il manifeste peuvent-elles être une forme de survie face au manque d'appuis narcissiques et identitaires dû à une carence affective ?

### *1. Les troubles du comportement : le débordement*

« On parle de troubles du comportement lorsque de l'agir non socialisé vient au premier plan comme mode d'expression dans la relation » (Visier, Maury & Bizouard, 2008, p.122). Il s'agirait donc d'une pathologie de l'agir témoignant d'une difficulté voire d'une impossibilité, pour le sujet, de représentation et de verbalisation. Les manifestations corporelles seraient considérées comme inadaptées compte tenu des règles communes et de l'âge du sujet, ce dernier ne pouvant pas s'exprimer autrement que par son corps. Or, si les attitudes et la

façon d'entrer en relation avec autrui participent à l'image que nous nous faisons d'une personne, alors celle qui présente des troubles du comportement est définie par ces derniers. Nous aurons donc tendance à la réduire à ce qu'elle nous montre au premier abord : son agressivité et son caractère antisocial.

#### a. Les excitations internes

La définition des troubles du comportement renvoie à l'expression du monde interne. Nous sommes tous traversés par de multiples sensations, résultat des flux de l'environnement (afférences tactiles, auditives, olfactives, gustatives, vestibulaires, ...), des rythmes physiologiques, et de nos propres pensées.

Le nourrisson n'a pas les moyens de comprendre ce qu'il se passe en lui (Robert-Ouvray, 2007, p.16). Toute charge affective entraîne des modifications de l'état tonique et des vocalises diverses : si le bébé est dans un inconfort (faim, douleur, ...) nous pouvons observer une augmentation de ses tensions ; à l'inverse, s'il se sent bien, c'est la détente qui se manifeste. Tout dépend de la réponse qu'apporte la mère, c'est-à-dire celle qui administre les soins, à son bébé.

#### b. Le manque d'auto-régulation

La mère apporte un soin selon l'interprétation qu'elle a à l'égard des manifestations tonico-émotionnelles de son bébé. Elle va s'approcher de lui, le regarder, le prendre dans ses bras et lui parler. Cette attention particulière de la mère pour son bébé fait référence à l'état de préoccupation maternelle primaire qu'introduit D. W. Winnicott (2006). Ce concept décrit

la capacité de la mère suffisamment bonne à entrer en relation avec son nourrisson et répondre à ses besoins le plus justement possible. Les soins qu'elle administrera seront tant corporels que psychiques. Nous rejoignons là les notions de *handling* et de *holding*. La première concerne la manière dont l'enfant est traité, manipulé lors des soins journaliers, tandis que la deuxième se rapporte à la manière dont l'enfant est porté, soutenu, tant physiquement que psychiquement. De cette façon, la mère contient son nourrisson. Elle reconnaît l'état d'inconfort de son nourrisson et le prend en considération en agissant sur lui par l'intermédiaire de sa propre enveloppe corporelle, tonique, thermique, olfactive, et sonore. En lui parlant, elle tentera de mettre du sens sur ce qu'elle ressent de l'état tonico-émotionnel de son enfant. La mère prête à son enfant sa propre capacité de penser. Elle symbolise et donne aux sensations-émotions un sens commun et partageable par le langage.

« Les paroles de l'adulte en échange [des] manifestations corporelles [du bébé] viennent établir un dialogue qui le plus souvent tend vers la cohérence. (...) Les tensions internes psychocorporelles du bébé trouvent un écho dans les réponses langagières et corporelles externes de sa mère » (Robert-Ouvray, 2007, p.25).

Le bébé est reconnu par sa mère, il se sent compris. Par la répétition de ces expériences relationnelles, l'enfant intègre une certaine connaissance de lui et peut associer à son inconfort une réponse pour l'apaiser.

Or, si Gabriel n'a pas reçu suffisamment d'étayage au niveau des soins d'un point de vue psycho-affectif et relationnel, alors il ne peut pas être en capacité de reconnaître son malaise et y apporter une solution adéquate.

### c. La projection des tensions vers l'extérieur

Alors qu'il est en fauteuil, Gabriel se projette à plusieurs reprises contre le mur, ses genoux et ses pieds se heurtant violemment contre le mur. Anesthésié, il peut toutefois se blesser. Après un bref échange avec son ergothérapeute, il explique qu'il est en colère parce qu'il vient de se disputer avec un camarade.

Lors de sa première année de vie, Gabriel n'a pas suffisamment fait l'expérience d'un autre qui assurait la fonction de figure maternelle. Sa perception de soi est entravée, il ne peut identifier son monde intérieur, reconnaître et contrôler ses émotions. Cette carence affective et identitaire peut fortement entraîner des difficultés quant à ses possibilités expressives. Gabriel est traversé par des sensations qu'il ne peut associer à une représentation, une émotion. De son point de vue, quelque chose est en train de se passer dans son corps sans qu'il en comprenne ni l'origine, ni le sens. Cette vibration méconnue peut l'envahir sans qu'il puisse être capable de la contrôler : il explose. C'est comme s'il ne pouvait pas faire autrement. Cette décharge impulsive est le moyen dont il dispose pour expulser l'agitation qui sommeille en lui. Il ne peut s'exprimer que par la colère, l'agressivité, la violence. Il est débordé par son monde interne.

S. Korff-Sausse (1996, p.95) présente une des spécificités de la souffrance de l'enfant en situation de handicap comme le « décalage énorme, quasi insurmontable, entre son monde intérieur et ses possibilités de l'exprimer ». Le corps est sans cesse traversé par des sensations, émotions, désirs. Leur satisfaction étant limitée par les possibilités motrices et l'appareillage, leur décharge se fait de façon explosive. L'enfant qui ne témoigne pas, *a priori* de difficulté majeure et que nous observons au jardin public court, saute, se chamaille avec ses pairs, crie, escalade, ... Gabriel étant paraplégique, les jambes ne peuvent plus assurer

leur rôle. Il ne reste que les mobilités du buste, des mains, de la tête et l'expression verbale. Si les émotions sont trop vives, et empêchées par un défaut de symbolisation et d'expression, l'explosion transformera probablement les cris en hurlements et les chamailleries en agressivité physique et verbale.

L'enfant qui ne reçoit pas suffisamment de soins maternels affectifs, qui est envahi par son monde interne et qui a recours à l'agir se construit un rapport au corps particulier. Les diverses expériences négatives traversées par Gabriel ont laissé dans son corps des traces mnésiques affectives et des souvenirs sensorimoteurs avec lesquels il peut être difficile de construire une bonne estime de soi, un bon narcissisme au sens de s'aimer soi : « sa précipitation montre qu'il n'est pas maître de son rythme psychomoteur et qu'il n'a pas intégré sa base narcissique » (Robert-Ouvray, 2007 p.87). Ce jeune garçon se trouve donc confronté à un environnement persécuteur, difficile à comprendre et face auquel il est compliqué de s'adapter. Le monde interne comme le monde externe de Gabriel sont dévastateurs pour l'amour qu'il se porte et sa sécurité.

Ce jeune garçon s'est construit, en quelque sorte, sans l'étayage d'une mère. Son malaise n'a jamais pu être apaisé avec l'aide d'autrui et aucune figure maternelle n'a pu assurer la dissolution de l'angoisse psychocorporelle (Robert-Ouvray, 2007, p.16). Il a dû développer ses propres moyens de réponse et d'expression, basés davantage sur la décharge que sur la régulation et l'apaisement. Je crois comprendre que les manifestations agressives qui m'ont tant impressionnée ne sont qu'une expression débordée de ses difficultés identitaires et émotionnelles, probablement liées à son histoire complexe.

## 2. *Le recours à la force*

Carence affective, monde interne étranger et envahisseur, défaut de sécurité, sentiment d'exister mis à mal sont ce qui traverse et imprime le corps de Gabriel. Il dispose donc de peu de moyens pour vivre : il échappe à sa propre compréhension, il ne parvient pas à maîtriser ses énergies internes et sa difficulté de régulation tonique le rend vulnérable. Le jeune garçon s'est organisé sur des fondations identitaires extrêmement fragiles. A cela s'ajoute des discontinuités relationnelles et des ruptures répétées. Chacune de ces expériences est traumatique et appauvrit chaque fois son narcissisme.

### a. Se protéger du monde intérieur

Les troubles des interactions précoces ont laissé une trace dans le corps de Gabriel. Les événements qu'il a traversés ont trop souvent été douloureux et n'ont pas encore pu être soulagés par son environnement. L'hypertonie de Gabriel peut donc être la conséquence d'expériences émotionnelles douloureuses. Sous influence de son environnement et de ses relations, l'état tonique de ce jeune garçon devient, au cours du temps, de plus en plus important.

Cette surface tonique pourrait également être un moyen pour représenter et adresser ce qui le traverse. S. Robert-Ouvray (2007) parle de la fonction pare-excitatrice de l'hypertonie. L'enfant tente de se défaire de cette douleur psychocorporelle qui l'envahit en la projetant sur la surface de son corps. Il constitue alors une enveloppe hypertonique qui « devient une zone de projection des tensions internes » (*Ibid* p.164).



## b. Se protéger du monde extérieur

Le monde extérieur peut être vu comme un milieu face auquel il faut déployer des stratégies pour survivre. Il faut pouvoir se protéger, rejeter les attaques – parer toute sensation (Robert-Ouvray, 2007) – et impressionner l'adversaire pour tenter de le dissuader de s'approcher. Or, c'est par son corps que l'enfant se protège. Cette coque, qui doit être solide, se bâtit donc à partir du tonus. C'est en ces termes que nous pouvons penser l'hypertonie de Gabriel, observée dans tout espace-temps. La tendance hypotonique observée au CAMSP est inversée, c'est le pôle antagoniste qui prend la relève. Quant à la dissuasion, comment faire peur à autrui autrement que par la violence et l'agressivité ? Les troubles du comportement pourraient donc être le symptôme d'un mal-être identitaire, une façon de survivre, une conséquence de la carence affective.

L'hypertonie devient un mode de défense, de ses propres tensions et de l'environnement. Le tonus perd toute sa dimension de communication et son ouverture vers l'extérieur. Gabriel s'enferme et devient hermétique à la relation.

## c. Se sentir réel

L'hypertonie peut également être une façon de se sentir réel. Pour D. W. Winnicott (1971, p. 213), « c'est plus qu'exister, c'est trouver un moyen d'exister soi-même, pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir soi ». Maintenir de façon plus ou moins volontaire des contractions musculaires permet de se stimuler de façon continue. Si l'état tonique est envisagé sous la forme d'un flux énergétique, alors plus le tonus est élevé, plus la quantité

d'énergie mobilisée est importante. De cette façon, le corps est maintenu en état d'activité, en état de vie.

Le corps de Gabriel est divisé en deux pôles toniques. L'hypertonie observée au niveau du buste peut être un moyen de compensation par rapport à l'hypotonie flasque des membres inférieurs. La partie supérieure du corps doit être solide, soutenir et, d'une certaine façon, être remplie. Apporter de la consistance peut également être le moyen trouvé pour parer à un manque relationnel originel et un défaut de structuration narcissique.

Le niveau tonique et l'état émotionnel sont co-variants. Si le tonus est élevé, nous pouvons souvent observer une excitation importante, une hyperactivité, une agitation, une impulsivité, une agressivité. L'hypertonie de Gabriel pourrait être à l'origine de la montée agressive qui, à son tour, impacte l'hypertonie en la soulageant – si elle permet de libérer la tension interne – ou en l'alimentant. Puisque nous venons d'envisager l'état tonique comme une façon de se sentir exister, peut-être que l'agir de Gabriel peut être envisagé de la sorte.

Quand il est violent, les soignants et autres jeunes de l'IEM orientent leur attention vers lui : soit ils le voient, soit ils l'entendent – certains même en entendront parler. Chacun manifeste une réaction propre à son égard. Par ce moyen, il agit sur son environnement qui se modifie par sa présence. Le jeune enfant prend progressivement conscience de son existence. Gabriel perçoit et ressent qu'il existe parce que son entourage réagit à ses manifestations. Plus sa violence est importante, plus l'afflux de personnes l'est également. Nous pouvons envisager de réduire cela par la phrase suivante : plus il crie et il frappe, plus il est vivant. Pour un enfant en manque d'identité et de sentiment d'exister, nous imaginons l'impact que cela peut avoir sur le développement de son être.

Pourtant, l'agressivité et la violence peuvent générer une mise à distance et une limitation des échanges relationnels. Gabriel est à l'image de cette main que décrit S. Robert-Ouvray (2007, p.46-47) « qui nous écrase (...) qui devient intrusive par sa tonicité [et qui] entraîne chez nous des sensations d'oppression, des affects de peur et des images très différentes issues de nos expériences antérieures ». Plus sa violence est importante, plus les gens s'éloignent de lui. Il est donc moins investi. Or, si l'enfant peut associer la qualité de l'investissement d'autrui sur sa personne avec le sentiment d'exister, nous pouvons résumer cela par : plus il crie et il frappe, moins il est vivant. Gabriel est donc pris dans un dilemme, entre la difficulté à être et la survie, entre la vie et la mort.

## VI. LES PROFESSIONNELS FACE A GABRIEL

J'avais eu peur de Gabriel, *a priori* de son allure de créature animale plus que de sa motricité extraordinaire. Cet être fantastique, dont l'image était le résultat de mes propres représentations, était devenu menaçant par sa violence et son agressivité dirigée. Pendant plusieurs semaines, il me semble difficile de communiquer mes émotions à ma maîtresse de stage : je crains sa réaction. Pourrait-elle remettre en question mes capacités ?

Cet inconfort me remet en question. C'est dans ce contexte que je commence à orienter mes réflexions sur Gabriel. Je ne veux pas rester dans cette situation, j'ai besoin de comprendre pourquoi tout ceci me traverse, dans cette relation, avec cet enfant.

Certains professionnels de la structure m'interrogent sur le sujet de mon mémoire. Je leur confie réfléchir sur Gabriel. Leurs réactions sont sensiblement identiques : « Ah oui (...) c'est pas simple ». C'est dit, lâché, accompagné d'un léger mouvement de tête vers l'avant, d'une ouverture amplifiée des yeux et d'un haussement des sourcils. C'était édifiant : par ces mots et ces manifestations tonico-émotionnelles, l'équipe partageait quelque chose dont je ne saisis pas encore complètement le sens mais qui témoignait, d'une certaine façon, d'une

difficulté. Je n'étais donc pas seule à vivre cet inconfort. L'être humain, aussi bienveillant et engagé soit-il, ne pourrait donc jamais tout à fait s'extraire d'une crainte, d'un jugement, d'un sentiment d'aversion vis-à-vis de Gabriel, et peut-être plus largement, du sujet en situation de handicap.

« Pas simple », en effet. Je suis marquée par les événements que Gabriel a traversés au cours de sa vie. En partant d'une situation, notre premier face à face, je découvre peu à peu l'étendue des difficultés de ce jeune garçon : neuromotrices, développementales, psychomotrices, comportementales, relationnelles et psycho-affectives. La forme de survie que semble déployer Gabriel pourrait-elle être intégrée dans un cercle vicieux où agressivité, violence et représentations de mort s'influencent ? Cela pourrait également être en lien avec les conséquences d'une carence affective et d'un handicap moteur. Nous pourrions peut-être en rendre compte à la lumière des relations entre Gabriel et les professionnels de l'IEM.

### *1. Des relations difficiles, menacées, détruites*

Dans les relations de Gabriel, l'implication émotionnelle de chaque protagoniste et la charge affective qui circule varient : tantôt de la compassion, de la pitié, de l'attachement, tantôt de la colère, de l'incompréhension. Le lien avec autrui semble toujours difficile à conserver, menacé par l'agressivité de cet enfant, et brisé par la sanction d'une séparation.

#### *a. L'avidité affective*

Gabriel est en quête d'attention et de relation exclusive avec l'adulte. Sa recherche de proximité physique est importante. Il souhaite toujours qu'un adulte s'assoie à côté de lui. Il

peut vouloir s'installer sur ses genoux, lui prendre la main, ou se blottir contre lui. Cette demande est telle que Gabriel peut s'agiter et crier jusqu'à obtenir ce qu'il désire.

Il peut également se mettre en danger ou provoquer l'adulte. Les professionnels interprètent cela comme un moyen d'interpeller l'autre, d'attirer son attention et de s'assurer de la possibilité qu'a ce dernier à pouvoir être présent et à se mobiliser pour lui. Son agressivité apparente pourrait finalement avoir pour but la conservation des liens relationnels.

Pour l'équipe, les attitudes de Gabriel sont l'expression d'un attachement insécuré, conséquence d'une vie relationnelle complexe. Tout se passe comme si ce jeune garçon n'avait jamais suffisamment pu bénéficier d'une figure d'attachement sur laquelle s'appuyer. Il semble manifester la volonté, sinon le besoin, de trouver des personnes significatives, sur lesquelles compter et à partir desquelles des interactions privilégiées lui permettront de se développer en tant que sujet.

D'après M. Lemay (1979), l'enfant a, dans une certaine mesure, la capacité de rêver une mère idéale, imaginer celle qu'il aurait voulu avoir, celle qui est parfaite à ses yeux. La quête affective peut avoir pour motivation la recherche d'une figure maternelle idéalisée. Cela peut en partie expliquer le fait que Gabriel multiplie ses investissements affectifs sans assurer une certaine continuité de ce lien. Ce jeune garçon initierait chacune de ses relations avec une profonde attente. La quête affective ne s'expliquerait donc pas seulement par la volonté d'être en interaction avec autrui, mais également par le besoin de combler un vide originel – une absence de vie relationnelle originelle, une mort originelle –, celui laissé par la carence affective. La carence laisse un trou, un vide, un manque en Gabriel. Collectionner des situations de proximité, se remplir de chaleur humaine et faire en sorte de maintenir l'attention de l'adulte sur lui peuvent être des moyens de le combler.

« Bonjour Gabriel ». Voilà plus d'un mois que je ne l'ai pas vu. Je suis sur le pas de la porte de sa chambre, il me voit et sursaute. J'ai l'impression qu'il ne me reconnaît pas. Pourtant les derniers échanges que nous avons eus me semblaient témoigner de l'existence d'un lien relationnel. Faut-il tout recommencer ? A-t-il tout oublié de nos rencontres dans lesquelles je me suis impliquée ? Suis-je redevenue une inconnue ? L'adulte, pourtant très réclamé, est menacé d'être envoyé aux oubliettes si son absence est trop longue. Il existe en effet « une contradiction apparente entre les demandes perpétuelles d'affection formulées par un tel enfant et l'impossibilité de fixer son élan sur une image adulte stable, même si celle-ci ne se dérobe pas » (Lemay, 1979, p.28). Peut-être que cela s'explique par ses difficultés identitaires qui l'empêchent d'établir des relations continues. Je lui rappelle qui je suis, dans quel contexte nous nous voyons habituellement puis il m'accorde le droit d'entrer dans sa chambre : il accepte ma présence.

Tous les soignants avec qui j'ai pu échanger sont affectés par l'histoire de ce jeune garçon. Ils ont la volonté de lui apporter des soins, lui permettre de découvrir le plaisir des relations et lui apporter une meilleure vie. Pourtant, ces professionnels m'expliquent que, d'un jour à l'autre, les relations avec Gabriel sont totalement différentes. Leur implication se heurte à l'objet même de leur attention : l'agressivité de Gabriel. Le soignant, qui puise l'énergie en lui afin de permettre à Gabriel d'être plus heureux, peut épuiser ses propres ressources par la discontinuité et les attitudes imprévisibles, voire incompréhensibles, de Gabriel. Celui qui s'engage dans la relation avec cet enfant carencé peut à tout moment être oublié, refusé, attaqué, assommé par son agressivité, voire détruit, sinon tué selon les représentations de chacun.

## b. L'intolérance à la frustration

Gabriel veut être le premier lorsqu'il s'agit d'expérimenter quelque chose, il veut faire ce qu'il veut quand cela lui plaît. Je me suis parfois surprise en train d'entretenir des négociations avec ce jeune garçon pour tenter de lui faire accepter ma proposition ou encore d'initier et d'interrompre une activité. Je craignais d'être à l'origine d'un nouvel accès agressif : il n'était pas question de le frustrer au point de le rendre incontrôlable, je ne veux pas être témoin de son éclatement, aussi spectaculaire et bruyant que pouvait l'être un feu d'artifice. J'ai remarqué que beaucoup de professionnels adoptaient ce genre d'attitude. Ses troubles du comportement sous-tendaient la plupart des échanges que Gabriel entretenait avec son environnement. Cet enfant ne pouvait parfois être regardé et investi que sous l'angle de ses difficultés psycho-comportementales.

Gabriel ne semble pas être suffisamment sécure ni avoir suffisamment d'appuis identitaires. Il n'a pas les ressources nécessaires pour supporter une attaque externe, alors vécue comme une véritable effraction qui menace son intégrité psychique. S'il y a frustration, c'est parce qu'un adulte prive ou punit. Or, Gabriel recherchant l'affection de ce dernier, la situation de frustration peut représenter pour lui une situation qui menace la relation à autrui. Cela soulève une angoisse, celle de la perte définitive, de l'abandon, le sentiment que le lien peut se briser à jamais. Il n'est pas rare d'observer Gabriel en relation avec un adulte, affectueux, complice puis agressif l'instant d'après, dès lors qu'il est frustré.

Dans une situation de frustration, Gabriel – et plus largement l'enfant carencé – est confronté à un autre qui ne répond pas à tous ses souhaits. Cet adulte interdit, limite, prive, punit. Celui sur qui la relation et les espoirs du jeune étaient fondés n'est finalement pas à la hauteur de la mère idéalisée (*cf supra* p.44). Gabriel serait envahi d'une profonde

insatisfaction le conduisant à briser tout lien d'une vive colère se manifestant par une réaction hétéro-agressive.

Le soignant se trouve face à cet enfant qui présente une certaine ambivalence dans la nature de ses relations. Impliqué dans l'échange avec Gabriel et témoignant d'une certaine tendresse, le professionnel fait face à une attaque soudaine. Cette blessure narcissique peut le motiver à installer une distance relationnelle et limiter son investissement affectif : « pourquoi tant m'impliquer si je suis toujours menacé voire attaqué ? » Gabriel se retrouve dans une situation dont il est à la fois l'auteur et la victime : le retour à la solitude, la perte d'un autre, le manque d'un autre, le vide dans la relation, la mort relationnelle.

#### c. L'angoisse d'abandon

Lorsqu'un professionnel manifeste son mécontentement, Gabriel est d'abord hétéro-agressif, puis il se tape en disant « pas beau » et enfin, il cherche le contact physique avec l'adulte concerné, l'enlace ou lui embrasse la main. Le lien à autrui est sans cesse menacé, parfois détruit puis l'objet d'une tentative de réparation. C'est comme si, sans l'autre, Gabriel n'est plus rien. Ce jeune garçon ne peut exister que parce qu'il y a un autre. Cela témoigne d'une faible estime de soi et de fragilités identitaires.

Ayant souffert de plusieurs séparations, Gabriel semble redouter que cela se reproduise. Il a d'abord été séparé de sa mère, de sa fratrie, de sa famille d'accueil, puis a vécu dans divers établissements, les séparations imposées impactant chaque fois les relations entreprises. Que perçoit Gabriel de tous ces changements et de toutes ces ruptures relationnelles ? A-t-il été suffisamment accompagné dans ces démarches ? Peut-être les vit-il



tel un abandon, c'est-à-dire une situation de perte définitive. Se sentir abandonné, c'est ne pas être en capacité d'imaginer ou d'anticiper un futur retour (Robert-Ouvray, 2007, p.129). La discontinuité de son histoire et l'absence d'invariants ébranlent la conscience qu'il peut avoir d'une continuité temporelle, de la continuité d'être – de soi et d'autrui. L'abandon vient chaque fois se réactualiser et alimenter les difficultés identitaires et l'angoisse qui y est associée témoigne d'une « douleur psychocorporelle » (*Ibid*, p.16).

L'angoisse de Gabriel est palpable et « suscite [chez les professionnels] un désir de rassurer en même temps qu'un mouvement de pitié » (Lemay, 1979, p.31). Or, pour les raisons que je viens de développer, cet engagement se heurte de nouveau aux difficultés pour Gabriel et le professionnel de maintenir la relation.

Gabriel « se protège, exprime ses difficultés, se construit des formes de réponse vis-à-vis de l'environnement et développe ainsi toute une manière d'être qui interpelle à son tour, sur un mode spécifique, l'univers des personnes et des objets » (*Ibid*, p.111).

## 2. *L'accident de la voie publique*

Accompagner Gabriel nécessite de prendre en compte la globalité de son être. Je ne peux donc pas faire l'impasse d'une réflexion à propos de son handicap moteur acquis à la suite de l'accident de la voie publique ayant eu lieu lors du trajet en ambulance, en direction du CAMSP. Cet événement traumatique met à mal l'investissement de son corps, tant d'un point de vue sensori-moteur qu'émotionnel, et réactualise les difficultés identitaires et relationnelles.

#### a. La perte de la forme humaine

Paraplégique, les jambes de Gabriel sont paralysées. Il ne peut plus marcher. D'un point de vue psychomoteur, son corps est comme divisé en deux : son buste est hypertonique tandis que ces jambes sont massivement hypotoniques et squelettiques. Ce jeune garçon perd la bipédie, sa verticalité. Or, « être droit, c'est posséder l'attribut physique considéré comme définissant l'humanité, la stature verticale, qui la différencie des animaux » (Grim, 2008, p.9). Gabriel n'est plus un Homme, il retourne au statut d'animal.

A son arrivée à l'IEM, Gabriel impressionne la plupart des professionnels et des jeunes par sa façon de se mouvoir et son agressivité. Ne voulant que rarement rester dans son fauteuil roulant, il demande à être au sol. Il adopte des postures inhabituelles, la forme de son corps est étrange. Cet être, dont l'organisation tonico-posturale ne lui permet pas de dépasser la hauteur des genoux des adultes, renvoie l'image d'une petite créature vulnérable mais difficile à approcher du fait de son agressivité soudaine et récurrente. Il n'a plus seulement l'image d'un enfant turbulent (tel que le décrivait sa famille d'accueil) : il est en train de perdre sa forme humaine et son appartenance à la communauté humaine est remise en question par les représentations de son entourage.

Gabriel est victime d'un grave accident mais a échappé à la mort. En apparence pourtant car si nous la personnifions, elle l'a tout de même amputé de la fonctionnalité de ses jambes et l'a indirectement condamné à la séparation de sa famille d'accueil, au retour en institution.

Bien qu'il puisse être l'objet de compassion, c'est le sentiment d'inquiétante étrangeté qui est au premier plan des interactions. Selon, S. Korff-Sausse (1996), l'autre devient une

image déformée au travers de laquelle nous ne souhaitons pas nous reconnaître. Plus ou moins consciemment, Gabriel, par sa présence même, questionne sur la condition humaine, la fragilité de l'être, notre vulnérabilité, en somme notre finitude. Il remet en cause notre fantasme d'immortalité et réactive notre peur de mourir : « si ça lui est arrivé, il se peut que ça m'arrive aussi à moi ». Pour J.-P. Valabrega (2001, p.73), « ce qu'il y a de plus facile à conserver du mort, du cadavre (...) c'est le squelette ». Les jambes de Gabriel sont la marque de sa survie face à l'accident et sont paradoxalement la représentation même de la mort par leur aspect cadavérique. Nous pouvons résumer cela par : la moitié du corps de cet enfant est morte, la moitié de son corps est la mort ; il est mi-homme et mi-mort, mort-vivant sinon vivant déjà à moitié mort. Or, s'il incarne autant la mort, sinon son messenger, il pourrait également en être le complice, c'est-à-dire celui qui nous amènera vers elle. C'est par ce genre de représentation que nous pouvons expliquer les mouvements de mise à distance entrepris par les adultes vis-à-vis de ce jeune garçon.

Gabriel renvoie l'image d'un autre, mi-humain mi autre chose. L'accident entraîne la perte de de la bipédie, de la verticalité, du statut d'Homme. Sa forme étrange impacte les relations entretenues avec autrui qui se tient à distance de cet étranger. Son handicap moteur, sa forme, son être, sont rejetés. Son apparence physique le contraint et l'entraîne vers l'exclusion sociale voire la mort relationnelle. Cet être difforme attire la gêne, la peur de son entourage qui se défendra de lui. O. R. Grim (2008, p.116) écrit que « derrière la figure polysémique du monstre se cache, parmi d'autres, le masque de la mort. Plus le monstre est authentique, plus la mort est proche, palpable, contagieuse ». Gabriel pourrait-il être devenu un monstre ? Cela pourrait en partie expliquer l'intensité de ses difficultés relationnelles actuelles et justifier l'idée qu'il pourrait être inconsciemment perçu comme le représentant de la mort.

## b. Les appareillages : l'influence des représentations

Gabriel est accompagné par une ergothérapeute à qui il témoigne régulièrement son attachement. En accord avec l'équipe pluridisciplinaire, elle propose l'utilisation de divers appareillages dans le but de favoriser son autonomie et son confort. Je me suis aperçue que l'appréhension de ces aides techniques (fauteuil roulant, coussin et verticalisateur), qui relevaient d'une volonté d'améliorer le rapport au monde de cet enfant pour les uns, pouvait être chargée d'interrogations pour les autres. En d'autres termes, les appareillages de Gabriel peuvent entraîner des modifications posturales, fonctionnelles, relationnelles et représentatives, sollicitant les capacités d'adaptation de tous.

A son arrivée à l'IEM, l'habileté que présentait Gabriel dans l'usage du fauteuil roulant réveillait des craintes chez plusieurs professionnels. Ces derniers craignaient la vitesse que pouvaient avoir ses déplacements. Lorsqu'il se montrera hétéro-agressif, comment le maintenir à distance et s'extraire de toute violence ? Ou encore, comment le rattraper si jamais il part lors d'un temps de réunion important ? Ils semblaient inquiets de perdre le contrôle de la situation, voire de cet être, dont les représentations pouvaient être anxiogènes. Plus libre et autonome, Gabriel pourrait surtout se montrer plus menaçant.

Au cours des premières semaines qui ont suivi son entrée à l'IEM, Gabriel et les professionnels ont dû s'adapter les uns aux autres et tenter de se faire confiance. Aujourd'hui, plus aucune de ces inquiétudes ne semble être d'actualité.

Dernièrement, Gabriel a essayé un nouvel appareillage. Il s'agit d'un coussin de prévention au risque d'escarre dont la forme s'approche de celle d'un short (cf Annexe 1). D'ordinaire adressé aux personnes de taille adulte, l'adaptation à Gabriel permet d'étendre

l'intérêt de ce coussin. L'assise englobe son corps du bas du dos jusqu'aux creux poplités, maintient les cuisses et fixe le bassin en rétroversion : les hanches sont en flexion à 90°.

Lors d'activités au sol, Gabriel s'organise donc en position quatre pattes et se déplace à la force de ses bras, en tractant le bas de son corps d'un seul et même bloc. L'intérêt est de lui permettre d'accéder à de nouvelles possibilités locomotrices et exploratoires, tout en écartant le risque d'escarre. Comment cette nouvelle posture sera-t-elle appréhendée pour les professionnels ? Le corps de Gabriel s'agencera selon une nouvelle forme, une nouvelle apparence et les représentations qui en découlent peuvent être modifiées. Là encore, l'adaptation à cette nouvelle esthétique sera de mise dans le but d'aménager l'espace relationnel. Aussi, si la façon d'être au monde peut dépendre de la façon dont le sujet perçoit et investit son environnement (Robert-Ouvray, 2007), peut-être que l'image que Gabriel a de lui-même et la façon dont il entreprend ses relations seront amenées à se transformer.

L'ergothérapeute projette de proposer à Gabriel un autre appareillage qui viendrait en complément du premier et en-dehors des temps de classe. Il s'agit d'un fauteuil roulant manuel dans lequel le sujet est d'emblée installé en position verticale (*cf* Annexe 2). Compte tenu de ma réflexion autour des représentations que véhicule Gabriel, cette aide technique m'intéresse particulièrement.

La verticalité présente plusieurs bénéfices d'un point de vue articulaire et physiologique. Elle permet également de retrouver, dans une certaine mesure, la bipédie, en somme la forme qui a la valeur de condition d'appartenance à l'espèce humaine (*cf supra* p.49). Cette installation pourrait alors permettre de reconsidérer Gabriel comme un être humain, un enfant avant tout. De cette façon, il se dégagerait des représentations que nous pouvons avoir à l'égard de son rapport avec la mort : il a la forme humaine donc il est humain.

Les dynamiques relationnelles sont elles aussi impactées. Un des canaux sensoriels par lesquels l'échange infra-verbal se réalise est le regard. Habituellement, c'est l'adulte qui se baisse dans le but de se mettre au même niveau spatial que Gabriel. Si ce dernier est en position verticale, le rapport à l'environnement est tout à fait différent. Le jeune garçon est plus grand, le regard qu'il porte sur le monde et la relation sont plus équitables par rapport à la majorité des autres personnes de son entourage : l'adulte n'a plus besoin d'adapter sa hauteur puisque c'est cette fois Gabriel qui vient à lui.

Au niveau du langage verbal, la position verticale favorise la fonction respiratoire. Elle influence donc les qualités vocales et les possibilités d'expression verbale. Or, si les cris de ce jeune garçon avaient déjà tendance à impressionner, qu'en sera-t-il avec cet appareillage ?

Actuellement, Gabriel parvient à s'installer dans son fauteuil roulant de façon autonome. Avec ce verticalisateur, il sera nécessaire que l'adulte le porte pour le positionner correctement et assurer sa sécurité, ceci nécessitant un corps à corps. Une nouvelle fois, les notions de distance et de proximité avec ce jeune garçon sont en jeu. Le professionnel pourrait être traversé par les mêmes craintes que celles qu'avaient soulevées l'utilisation du fauteuil roulant manuel. Il ne serait plus question de vitesse et d'autonomie de déplacement mais d'un changement du niveau spatial des échanges, d'un nouveau rapport interindividuel. Aussi, Gabriel devenu grand, sera plus visible aux yeux d'autrui : impossible de passer à côté, impossible d'échapper à son regard. Cela pourrait réactualiser des difficultés relationnelles. L'adulte, qui s'était familiarisé à cet enfant, à la forme de son corps, au fauteuil roulant, et qui s'était plus ou moins débarrassé d'une aversion à son égard, va devoir trouver des stratégies pour se réadapter à Gabriel et réaménager la relation qu'il entretenait avec lui.

Comment Gabriel peut-il appréhender la position debout ? Quel sera l'impact psychomoteur de ce fauteuil verticalisateur sur la perception qu'il a de son corps et de ses relations ? Peut-être qu'il sera également difficile pour lui d'accepter les divers changements, s'y habituer et s'approprier une nouvelle façon d'être dans le mouvement et dans l'interaction.

Pourquoi vouloir remettre debout ? Ce nouvel appareillage a, certes, de nombreux effets sur la sphère physiologique mais il peut témoigner, du point de vue des professionnels, du besoin de redonner la verticalité, la bipédie à celui qui l'avait perdue. Ce fauteuil verticalisateur, serait-il seulement envisagé pour l'autonomie et le confort de Gabriel ?

L'appareillage modifie l'organisation posturale, l'investissement du corps et le rapport au monde du sujet en situation de handicap. Il influence également la nature des représentations et les dynamiques relationnelles. La brutalité de l'événement et les conséquences d'un accident de la voie publique sont donc multiples et concernent différents champs : moteur, sensoriel, relationnel, philosophique entre autres.

La fonctionnalité de ses jambes étant entravée par un handicap neuromoteur, Gabriel n'a plus accès à la verticalité, celle-ci caractérisant l'espèce humaine. Rétrogradé au statut d'animal, le regard posé sur Gabriel est assorti de tout un cortège de représentations : bestialité, excitation, impulsivité. D'après O. R. Grim (2008, p.124), le seul moyen pour cet enfant de revenir au rang d'Homme est de parvenir à maîtriser, par la culture, son animalité. Or, si l'animalité est en grande partie véhiculée par la forme de son corps, c'est-à-dire ses postures et ses attitudes, toute modification de cette dernière pourrait permettre à Gabriel de faire de nouveau partie de l'espèce humaine. Ici, l'appareillage peut être responsable de ce changement de statut. Favoriser l'attribution de ce nouveau fauteuil verticalisateur à Gabriel, c'est donc, en partie, réfléchir au moyen permettant de lui redonner le statut d'Homme. Or, sommes-nous prêts à lui donner l'aspect d'un être humain, une valeur humaine ?

## VII. LA DIMENSION RELATIONNELLE : APPROCHE PSYCHOMOTRICE DU GESTE AGRESSIF

« La thérapie psychomotrice nous fait saisir à quel point la relation est importante.

C'est à partir d'elle que tout s'organise, pour peu que le psychomotricien s'y laisse impliquer suffisamment pour accepter d'être utilisé comme un "médium malléable", mais, tout en se laissant glisser dans cet espace, celui-ci n'en exerce pas moins sa propre capacité à penser et à être affecté dans sa subjectivité propre ».

(Gatecel, 2012, p.35)

Je suis sensible à l'histoire de Gabriel, à ce que peuvent raconter ses relations et à ce que je perçois de cet enfant. Bien que ses difficultés soient multiples et qu'il ait échappé à la mort, qu'il soit à moitié ou mort ou mort-vivant, il est bien là, en vie. En tant que psychomotricienne, que puis-je faire pour lui permettre de vivre pleinement ? Si ses troubles du comportement, son agressivité, sont l'une des raisons qui affectent ses relations, peut-être puis-je intervenir sur ce champ d'expression. D'après A. de Monval (2019, p.124), « les enfants carencés "parlent leur souffrance" par un langage corporel symptomatologique spécifique ». Avant de tenter d'atténuer un quelconque malaise, il me faut d'abord prendre le temps de rencontrer Gabriel et être attentive à chacun des signes infra-verbaux qu'il me communique. Peut-être alors pourrai-je instaurer une relation de confiance, d'écoute, faite d'empathie, d'humanité et de contacts personnalisés.

### *1. Le temps de la rencontre : les séances groupales*

Depuis Septembre, je vois Gabriel en séance groupale de psychomotricité. Au cours du premier trimestre, nous proposons, ma maître de stage et moi, des parcours moteurs. Nous tentons de faire de cet espace-temps un lieu d'expérimentations sécurisant et soutenant,



« respectueux de l'expression de l'enfant, où il lui est donné de venir à la rencontre de son corps et de l'éprouver davantage ou autrement, à travers diverses stimulations » (Legrand, 2008, p.301). En sortant de son fauteuil, il peut se mobiliser, faire par lui-même, prendre conscience de ses possibilités, développer ses connaissances psychocorporelles et celles propres à son environnement. Pour Gabriel, c'est un moment de liberté qui génère chez lui du plaisir mêlé à de l'excitation. Une attention particulière est portée sur la façon dont il prend soin de son corps, notamment ses fesses et ses membres inférieurs, lors de ses déplacements.

Cela fait quatre semaines que je suis en stage. Après avoir adopté une position d'observateur et maintenant que je prends du recul sur mes émotions de la première séance, je commence à entrer directement en relation avec les enfants du groupe. C'est au tour de Gabriel de traverser le parcours. Je suis à sa proximité, disposée à lui venir en aide s'il m'en fait la demande, à l'encourager et à le soutenir dans son action. Je l'accompagne dans la réalisation d'une roulade avant. Nous n'avons jamais été si proches. En fin de séance, il me demande de l'aider à s'asseoir sur le banc. Sur les conseils de son enseignante, je m'installe à ses côtés en veillant à ce qu'il ne tombe pas en arrière. Il se rapproche de moi et se blottit dans le creux de mon bras gauche, sa tête contre mon épaule. Il essaie de monter sur mes genoux, je l'aide puis finalement il se rassoit à côté de moi. Nous restons un moment comme cela en attendant que les autres enfants aient terminé le parcours. La relation installée, je veille à lui apporter une certaine contenance dans mon attitude, mon discours et dans mes gestes. Lorsqu'il s'installe contre moi, j'use d'un contact franc.

En Novembre 2019, au cours d'une séance où il ne peut sortir de son fauteuil à cause de son escarre, il se positionne à la fin du parcours, pour le conclure, d'un *check* avec ses

camarades. Je l'accompagne sur cette séance durant laquelle il me reposera cycliquement les mêmes questions en s'assurant de son rôle.

Je suis assise par terre, à côté de lui. D'un mouvement brusque, il s'élanche avec son fauteuil en arrière. Ignorant la présence de roulettes anti-bascule, ces appendices présents sur le fauteuil pour éviter toute chute postérieure, je manifeste une réaction d'inquiétude en m'orientant rapidement vers lui dans l'idée de le rattraper. Gabriel me regarde, m'observe. Je verbalise de façon légèrement théâtralisée mon émotion : « j'ai eu peur que tu te blesses ». Alors il m'enlace et tapote mon dos de sa main gauche. Je le remercie, commence à me distancer de lui puis il m'enlace de nouveau. Il me semble que le premier geste affectif a pour but de me rassurer, me reconforter tandis que le deuxième permet à Gabriel de se rassurer de ma présence, de ma survie psychique face à son risque de chute : je suis toujours moi et je suis toujours avec lui. Par ce dialogue tonique, je ressens une forte émotion liée à son besoin de mettre tous les moyens en œuvre pour maintenir le lien relationnel et l'existence de l'autre. Son angoisse de séparation était palpable. Par la suite, il observe mes bijoux, notamment ceux sur mes oreilles. Il touche l'un d'eux en appuyant franchement dessus. Je m'écarte légèrement de cette pression désagréable. Il me regarde dans les yeux et me caresse la joue droite d'un geste tendre en me disant : « t'es beau ».

## 2. *Création d'un espace-temps individuel*

Les gestes adressés de Gabriel, et par extension l'investissement de la sphère tactile, se distinguent par deux situations : la recherche de proximité physique ou l'hétéro-agressivité, c'est-à-dire le collage sinon l'attaque et la distanciation. Il n'y a pas de véritables échanges. Chaque fois, c'est Gabriel qui émet et autrui qui reçoit, sans que ces positions ne puissent s'inverser. L'engagement de chacun est déséquilibré.

Au regard des troubles du comportement de Gabriel, le contact est synonyme de grande violence et d'une séparation plus ou moins temporaire. L'approche sensorielle peut-elle favoriser l'émergence du plaisir tactile, plaisir partagé des corps en relation ? Par l'intermédiaire du toucher thérapeutique, la psychomotricité peut-elle apporter à l'expressivité du geste centrifuge une dimension relationnelle, dans laquelle chacun peut emprunter le rôle d'expéditeur ou destinataire d'une communication corporelle ?

Pour tenter de répondre à ces questions, je propose à ma maître de stage de mettre en place un espace-temps thérapeutique individuel.

#### a. L'installation d'une alliance thérapeutique

Dans le but de préciser l'objectif de ces séances, j'accompagne Gabriel pendant deux jours afin d'approcher plus précisément son quotidien, affiner mes observations quant aux relations qu'il entreprend, à l'estime qu'il a de lui-même et à la façon dont se déroulent les différents moments de sa journée (habillage, temps scolaires et rééducatifs, temps libres, ...). Ces deux jours me permettent également d'entrer en relation avec Gabriel dans un nouveau contexte et d'initier un nouvel échange, plus personnalisé.

Une séquence est pour moi particulièrement significative et témoigne d'une rencontre profonde, d'un véritable échange au-delà des mots.

Gabriel vient de se montrer physiquement agressif envers l'orthophoniste. Celle-ci nous rapporte qu'il ne souhaite pas revenir en classe, il est resté au bout du couloir en s'auto-punissant, selon elle. Je le rejoins, sans avoir l'intention de lui demander de revenir sur le groupe. Il est au milieu des barres parallèles de rééducation positionnées contre le mur. Je souhaite comprendre ce qu'il traverse et ainsi percevoir qui il est. Il accepte ma présence et me demande de m'approcher de lui. Je lui demande ce qu'il se passe : « colère, triste et

pleure, tapé Lucie<sup>3</sup> ». Je suis silencieuse, je ne le regarde pas directement dans les yeux, mais il est tout de même dans mon champ de vision périphérique. Il croise les bras sur une des barres et pose son menton sur ses poignets. Il me regarde dans les yeux, la direction de ses pupilles voyage de mon œil à l'autre, je le regarde avec cette même intention, silencieusement. Chaque adulte qui passera à côté de nous sera rejeté d'un mouvement de bras ou d'une insulte. Je ne dis rien, je ne modifie pas l'expression de mon visage. Je lui demande de nouveau s'il souhaite que je reste ou s'il préfère que je parte pour retrouver le groupe. Il répond : « attends-moi ». Nous nous dirigeons ensemble vers sa salle de classe, calmement, en silence. Devant la porte il part au loin et dit qu'il ne veut pas venir. J'attends quelques secondes pour voir ce vers quoi il s'oriente. Je finis par revenir sur le groupe, sans lui. Peut-être veut-il rester seul. Il me regarde et, au moment où j'ouvre la porte, il se précipite pour finalement venir à son tour dans la salle. Pourquoi ? Que s'est-il passé à cet instant précis pour lui ? Il reprend l'atelier comme s'il ne l'avait jamais quitté.

Je suis marquée par cet échange de regard. Il s'est passé quelque chose pour moi, et sûrement pour lui à cet instant. Tout s'était passé dans le calme, et pourtant tant de choses semblaient nous avoir traversés par l'intermédiaire de cette rencontre infra-verbale. D'ailleurs, c'est à la suite de cela que nous sommes finalement retournés dans sa salle de classe, chose qu'il refusait quelques instants auparavant.

Le regard, c'était ce par quoi notre premier face à face avait débuté, dans ce même couloir. C'est ensuite par ce canal sensoriel que j'avais été saisie à la vue de ce garçon au sol aux possibilités extraordinaires et au comportement brusquement sauvage. Ce premier regard, par lequel je découvrais son « corps déficient, difforme, mutilé, [et] qui s'efforç[ait] de ne trahir aucun voyeurisme, un regard gêné et vite détourné, un regard qui n'os[ait] affronter l'insoutenable » (Grim, 2008, p.10) avait aujourd'hui un caractère tout autre. La relation et le regard s'influençaient réciproquement. Ce dernier face à face avait une nouvelle coloration.

---

3 Je me permets de modifier les mots de Gabriel afin de conserver l'anonymat de cette orthophoniste.

Je le voyais comme un enfant, je souhaitais le comprendre et le rencontrer au-delà des apparences. Selon S. Robert-Ouvray (2007, p.76) qui développe sa théorie concernant les relations entre le bébé et sa mère :

« l'enfant face à sa mère, yeux dans les yeux, se voit et se lit. Une image de lui se crée dans le regard que lui porte sa mère. Cette image [est] affective et sensorielle. (...) Si le soutien est agréable et les yeux de la mère remplis d'amour, la base narcissique du bébé se consolide ».

Entre Gabriel et moi, dans une relation thérapeutique, peut-être que la qualité de nos échanges par le regard et leur charge affective conditionnent son être au monde et la façon dont il se perçoit.

#### b. Le projet thérapeutique et les modalités du soin

Pour tenter de répondre à mes deux problématiques concernant les dimensions relationnelle et expressive du geste centrifuge, particulièrement agressif, je décide de proposer à Gabriel des séances individuelles autour d'une approche sensorielle par l'intermédiaire du toucher thérapeutique. Pour les soignants, il était pertinent de les proposer chaque Jeudi, en début d'après-midi, au moment de la sieste. Cette dernière semblait souvent inaccessible pour Gabriel qui ne voulait pas rester seul. L'extension de mon projet thérapeutique était donc de maintenir ce temps calme en l'adaptant.

Chaque semaine, nous nous installons dans sa chambre – l'internat se trouvant au premier étage de la structure – faute d'espace individuel disponible au rez-de-chaussée et dans l'idée de redonner à ce lieu une dimension apaisante et sécurisante. La lumière est tamisée, la veilleuse est allumée. Il est assis sur son lit et je suis sur le matelas posé au sol, habituellement prévu pour prévenir les risques de chutes nocturnes. Alors que j'imaginai

utiliser le toucher avec l'huile d'amande douce au niveau des mains et des bras – en anticipant sa possible réticence lors des premiers temps – il propose de l'étendre au visage, au cou et aux membres inférieurs.

### 3. *Le toucher thérapeutique*

D'après l'hypothèse selon laquelle les troubles du comportement de Gabriel sont l'expression d'un malaise identitaire et d'un manque d'appuis narcissiques, l'approche tactile thérapeutique peut permettre d'accompagner la construction psychocorporelle de l'enfant carencé et poly-traumatisé. Or, si la construction du sujet est corrélée à la qualité de ses relations, alors il s'agit de s'appuyer sur les interactions. A. de Monval (2019, p.124) évoque en effet « l'engagement de la sensorimotricité dans la relation, au service de la construction identitaire ».

Si Gabriel utilise beaucoup le geste pour extérioriser ses sensations et émotions voire le toucher quand il tape ou quand il caresse, alors il me semble que je dois me servir de ce langage infra-verbal pour ouvrir le champ de ses interactions. J'aborderai le toucher thérapeutique sous l'angle de trois notions : envelopper, contenir, communiquer.

#### a. Envelopper

Le toucher thérapeutique a pour matière le corps de l'autre, notamment sa peau. Chargée de récepteurs sensoriels et de souvenirs tactiles, elle est également en lien avec la sphère affective et la construction du sujet en tant que tel. « La peau assure des fonctions essentielles, donnant à vivre une expérience des limites, de la contenance, de la différenciation dedans/dehors et soi/non-soi (...), [et] de la protection » (Lesage, 2012, p.29).

Au début de sa vie, le nourrisson n'a qu'une vision partielle de sa personne et de ce qui l'entoure. Tout est confus, amalgamé. Les échanges corporels apportés par la mère investissent la peau, à partir de laquelle se construira une première image d'un Moi continu et différencié (Anzieu, 1985). En d'autres termes, la peau est une surface sur laquelle la relation laissera progressivement des traces favorisant l'émergence du sentiment continu d'exister puis de la reconnaissance de soi en tant que sujet à part entière. La peau sépare l'être du tout, le sujet de son environnement, en somme délimite un dedans d'un dehors. Le Moi-peau est la première représentation du Moi, sa fondation, qui permettra plus tard à l'enfant de « faire front aux stimulations (...) qui viendront du dedans de lui et aux stimulations qui proviendront du dehors » (Robert-Ouvray, 2007 p.75-76).

Avant d'aborder la sphère émotionnelle et affective, c'est-à-dire le contenu, le travail sur le toucher peut permettre à Gabriel de renforcer cette limite que représente la peau pour accompagner la construction d'un contenant et tendre vers l'émergence du sentiment continu d'exister et d'unité corporelle. En effet, pour M.-F. Richard (1989, p.33), « c'est à travers un travail sur la peau (...) que nous permettons aux enfants de retrouver la globalité de leur corps, leur enveloppe corporelle (...). La thérapie psychomotrice, c'est là où peut se réparer l'enveloppe ». D'ailleurs, le trouble du sentiment d'unité corporelle est le dénominateur commun à l'ensemble des difficultés liées à la carence et la paraplégie. Travailler l'unité corporelle pourrait également lui permettre de renforcer ses appuis identitaires.

#### b. Contenir

Contenir Gabriel, c'est pour moi lui apporter un cadre sécurisant et accueillant dans lequel il peut exprimer ses difficultés sans que cela ne puisse le déborder.

Pour B. Lesage (2012, p.47), la contenance consiste à « préciser la zone d'échange, là où l'on sort de soi pour rencontrer l'autre, là où on le reçoit ». En ces termes, contenir permet de communiquer – je développerai ce point plus tard (*cf infra* p.64). Il s'agirait donc de travailler sur les représentations du corps. Ceci a à voir avec le *handling* et le *holding* décrits par D. W. Winnicott (1971, 2006). Le premier permet de constituer des limites corporelles, en somme une intériorité. Le deuxième, désignant la façon dont la mère soutient son enfant, est en lien avec la régularité des soins qui assure le sentiment continu d'exister, la notion d'unité psychocorporelle. L'environnement joue donc un rôle dans la contenance et l'enrichissement de l'expérience subjective et intersubjective du petit être. Dans le cadre du toucher thérapeutique, cela implique la qualité de mon toucher, son intensité, mais également tout ce qui rend ce contact personnalisé et englobant, au niveau de mon regard, de ma voix, de mon attitude et de ma posture. S. Robert-Ouvray (2007, p.23) parle de « vibration du corps ». De même, la façon dont je perçois les difficultés de Gabriel, la qualité de notre relation et la présence du cadre institutionnel auront un rôle à jouer dans cette fonction de contenir l'expérience subjective et intersubjective.

A partir d'une expérience relationnelle sensorielle, corps et psychisme pourraient s'appuyer l'un sur l'autre (Anzieu, 1995, p.8), ceci permettant à Gabriel d'accéder à une nouvelle façon de se percevoir et d'interagir. Dans ce travail d'étayage qui vient au contact de la peau, il s'agit d'expérimenter, ressentir, partager, et constituer une surface qui garantit l'unité de l'être, son existence, et qui évite le débordement et la projection vers l'extérieur de toute sensation inconfortable. Si les impressions tactiles et les soins maternels que décrit D. W. Winnicott s'inscrivent dans le processus de construction de l'être tel que D. Anzieu le développe, alors la qualité de ces afférences et ces échanges influencent la façon dont le sujet se perçoit. Vivre des expériences sensorielles et relationnelles agréables pourrait permettre à l'enfant d'intérioriser une représentation valorisante de sa personne et de



constituer un bon narcissisme, augmentant l'estime qu'il a de lui-même. Dans le cadre d'une carence affective, P. Prayez (2009, p.136) écrit que la « qualité de contact et de portage permettra à l'enfant de "bien se porter" lui-même lorsqu'il sera confronté à la séparation, voire aux inévitables mais douloureuses ruptures que la vie lui réserve ».

Toucher, c'est donc s'adresser au contenu (le monde interne, les pensées, l'histoire), en contactant le contenant (la peau, la limite corporelle). C'est redonner une valeur de communication et de relation à cette enveloppe protectrice, l'imprégner de sensations agréables et d'une relation de confiance.

### c. Communiquer

Communiquer, au sens de passer du monologue au dialogue, c'est permettre à Gabriel d'attribuer à ses gestes une dimension relationnelle, entre émission et réception de messages. C'est pour moi le signe d'un plaisir à être en relation. Or, si Gabriel est surtout dans l'émission d'un message agressif, et dans un face à face qui se conclut souvent par une brisure, peut-être que le toucher peut inverser cette dynamique proche du cercle vicieux.

« La perception ne peut plus se concevoir comme un phénomène passif puisque percevoir, c'est déjà agir, en ce sens que c'est mettre en forme le corps, l'orienter l'organiser pour se laisser affecter par tel ou tel stimulus » (Lesage, 2012, p.55).

Nous comprenons donc que l'approche sensorielle peut être un moyen permettant d'accéder à la communication. C'est donc lui permettre de découvrir – ou approfondir – la dimension relationnelle et interactive du geste adressé, et d'accéder à une nouvelle façon de communiquer ses sensations et excitations internes.

J. Bowlby (1978) développe l'idée que la peau est la surface sur laquelle s'impriment les soins maternels précoces et leurs souvenirs. Ceci détermine également la qualité d'attachement du nourrisson à sa figure maternelle. La peau serait un des premiers organes qui organisent la relation.

Le toucher est donc un sens par lequel l'enfant communique avec son environnement. Gabriel et moi revenons à un échange corporel primitif où chacun de nous est traversé par sa propre histoire. Cette médiation renvoie à des sensations et émotions propres et, en touchant Gabriel, je suis également touchée dans mon corps et mes émotions (Prayez et Savatofski, 2009), ceci initiant un « processus de remaniement du rapport au corps » (Lesage, 2012, p.175).

La médiation du toucher sollicite principalement le langage infra-verbal et sensoriel, ceci faisant notamment référence au dialogue tonique. De la même façon que la mère voit et perçoit les changements d'état tonique de son bébé avant de s'ajuster corporellement pour tendre vers un apaisement de ce dernier, le thérapeute est alerte de ces mêmes changements pour adapter au mieux son état psychocorporel pour répondre le plus justement possible au sujet. Si Gabriel se montre très tendu, je peux le ressentir, et compter sur ma propre détente pour l'inciter à s'apaiser. Cette capacité d'écoute fait notamment appel à l'empathie, sujet sur lequel je reviendrai (*cf infra* p.71).

Dans l'approche de l'agressivité par le toucher thérapeutique, j'entends également tourner mon attention sur l'expressivité du geste, c'est-à-dire la façon dont Gabriel met en forme ses propres ressentis et les projette à l'extérieur de lui-même. Si le geste agressif en lui-même est de l'ordre du monologue, sa valeur expressive, à condition que nous puissions y voir un message auquel nous devons répondre, relève de la communication. D'après mes

réflexions précédentes, son hétéro-agressivité serait la résultante de difficultés identitaires et relationnelles depuis les premiers mois de sa vie. L'approche psychomotrice pourrait revisiter les fondements de la structuration psychocorporelle afin de modifier la valence expressive du geste. Cela consisterait notamment à imprimer de nouvelles traces affectives dans le but de modifier la mise en forme des sensations internes de Gabriel et de l'aider à s'extraire de toute agressivité.

#### 4. *Le récit de nos quatre séances*

Première séance. Il est déjà dans sa chambre. Dans la pénombre, je lui rappelle ce que nous allons faire (nous avons déjà échangé à ce sujet le matin même) : il est d'accord. Je mets de l'huile sur ma main, il sent, il touche, puis il me demande de lui en mettre sur ses mains.

Quand je lui masse les mains, il expire et émet une vocalise de soulagement. Même si, par l'intermédiaire de mon toucher, je ne ressens pas sa détente, il semble se saisir de quelque chose. Il me demande de lui masser ses jambes, ses joues, son front, son cou et sa nuque (nous retrouvons là la notion de communication par l'intermédiaire d'une mise en forme et d'une orientation du corps au service de la perception). Il répète : « Tiens fort ». Je ne reste pas longtemps sur une zone avant qu'il m'en ait présenté une autre. A son tour, il souhaite masser mon visage et mon cou. Ses gestes sont rapides, les zones qu'il investit par son toucher se succèdent rapidement. Après avoir enveloppé son corps de mes stimulations tactiles, il enveloppe à son tour le mien. Une sorte d'enveloppe commune s'établit.

Après quelques minutes, il me demande de lui lire une histoire. Je m'installe à côté de lui, il entoure ma nuque de son bras droit. Nous sommes proches, je ne suis pas très à l'aise mais je tolère cette proximité. Je sens sa main s'approcher de ma poitrine. Je ne ressens pas ce geste comme intrusif : cela ne relève pas, de mon point de vue, d'un geste sexuel mais d'une

recherche s'approchant de celle du jeune enfant envers sa maman, entre réconfort et proximité. Je ressens tout de même que cette situation est inadaptée. Je réajuste la distance entre nous deux sans que cela n'ait l'air de le déranger. A la fin de l'histoire, je lui explique qu'il est temps que je sorte de sa chambre, qu'il peut rester là, au calme. Il me demande de lui apporter plusieurs jeux, il souhaite que je reste et émet quelques gémissements. Je finis par partir, le laissant dans sa chambre, la porte ouverte, en train de jouer au poupon.

Deuxième séance. Gabriel est dans le couloir de l'IEM, il me cherche. Dès qu'il me voit il m'adresse un grand sourire et me dit « sieste ». Il veut porter le flacon d'huile. Aujourd'hui, il ne souhaite pas que je le touche. Face à face, chacun masse différentes parties de son propre corps. Il me demande ensuite de lire une histoire. Il ne cesse de regarder mes lèvres. Plusieurs hypothèses me viennent : lecture labiale (compte tenu des troubles de l'expression orale et d'une possible volonté d'apprentissage), attention tournée vers la prosodie de ma voix (« sa mélodie, ses modulations, ses intonations » [Guiose, 2007, p.98]), ou observation du reflet de la lumière de la veilleuse sur ma salive.

Troisième séance. J'ai eu du retard, Gabriel m'attend depuis plusieurs minutes. Nous reprenons les massages en face à face, chacun pour soi puis il me demande encore une histoire.

Quatrième séance. J'arrive dans sa chambre, il est caché sous sa couette. Pour des raisons d'hygiène liées aux mesures de prévention contre la pandémie actuelle, je ne propose pas de toucher. Sur sa demande, je lis une histoire.

Gabriel m'écoute puis demande très rapidement que j'arrête de lire. Je lui dis que j'ai bientôt fini, je continue. Il s'extrait de la couette. Je ne dis rien. Il descend du lit alors je lui signale

que ce n'est pas recommandé vis-à-vis de son escarre tout juste soignée. Il jette sa veilleuse à l'autre bout de la pièce, sa poubelle et vient prendre mes feuilles pour les chiffonner. Je ne sais pas quoi faire, je le regarde et compte sur les effets du dialogue tonique pour qu'il s'apaise : je suis calme, je le regarde, ma voix est posée. Aucune amélioration. Il tape sur les murs à l'aide d'un bidon de gel douche et ne cesse de crier et jurer. « Putain de merde ! ». Je lui exprime ce que je perçois de la situation : « je vois que c'est difficile. Je ne sais pas quoi faire mais je suis là, avec toi, si tu as besoin de quoi que ce soit ». Il sourit, me regarde, avant de crier de nouveau, de taper encore plus fort sur les murs et de venir me taper également. Sans hausser le ton, j'essaie d'être plus ferme, je lui dis que je ne peux pas accepter cela et qu'il est temps pour moi de sortir de sa chambre, que nous nous reverrons la semaine prochaine. Il s'installe devant la porte et m'empêche de sortir, je ne peux pas m'en approcher au risque de me faire taper. Je me répète mentalement : « Reste calme ». Je me sens prise en otage. Lors d'un court instant durant lequel il s'écarte de la porte pour me taper, je me dépêche de sortir. Il me regarde en criant « non ». Il rit. Je fais tout pour continuer à garder mon calme, je ne veux pas briser l'alliance thérapeutique. Je m'éloigne, il rit toujours. Il est au sol, ses jambes pliées sont en position W, ses chevilles sont de part et d'autre de ses hanches. Il tape ses genoux sur le sol, fortement. Le bruit est étrange. Je m'approche d'une collègue et lui explique que je ne sais pas quoi faire, Gabriel ne m'écoute plus du tout. Elle prend le relais, je m'en vais.

Du fait de l'actualité liée au confinement, cette séance sera la dernière.

J'avoue ne pas bien comprendre l'évolution de nos séances. Serait-ce en lien avec des mécanismes de défense<sup>4</sup>, avec les troubles du comportement et la labilité émotionnelle, ou

---

4 D'après M. Lemay (1979, p.104), les mécanismes de défense « servent habituellement à surmonter les conflits inhérents à toute évolution psycho-affective ». Or, proposer le travail thérapeutique par le toucher, c'est lui permettre de l'accompagner dans cette évolution. Son agressivité peut être une forme de réticence et de distanciation vis-à-vis des difficultés à devenir ou de la réactualisation de souffrances profondes par ces afférences sensorielles, peut-être inhabituelles et méconnues.

avec la discontinuité de nos séances due aux maladies saisonnières et aux vacances scolaires ? Cette dernière hypothèse me semble être la plus juste dans le cadre de ce travail thérapeutique qui fait appel à la relation, tant mise à mal du fait de souffrances archaïques répétées et autres traumatismes psychocorporels. Ces séances n'ont pas pu devenir « des moments significatifs tant par leur régularité que par le contenu des actes proposés » (Lemay, 1979, p.73).

## 5. *Les corps en relation*

Nous l'avons vu, les séances individuelles ne permettent pas de rendre compte d'une évolution notable et d'apporter une réponse véritablement significative aux problématiques liées à l'approche psychomotrice et à la dimension relationnelle du geste centrifuge. Pourtant, au cours de ces quelques rencontres, plusieurs éléments me semblent mériter d'être développés. Ces derniers s'inscrivent dans l'intersubjectivité et la relation, et constituent, peut-être, les soubassements d'un travail thérapeutique au long terme qui lui, peut-être, aurait permis d'apporter une réponse plus concrète et détaillée à mes problématiques.

### a. La proximité inter-personnelle

Utiliser le toucher thérapeutique amène à ce que les protagonistes s'approchent l'un de l'autre et soient en contact, dans un corps à corps. Gabriel et moi étions donc très proches. Or, quelques mois auparavant, nous ne nous connaissions pas. Ma formation de psychomotricienne me permet d'être à l'aise dans ce genre de dispositif mais j'imagine que ce n'est pas nécessairement le cas pour Gabriel, notamment du fait de ses difficultés multiples. Pourtant, lors de la première séance, il semble apprécier et rechercher cette

proximité puisqu'il me présente différentes parties de son corps avant de prendre lui-même l'initiative de me masser.

Cette expérience du corps en relation, dans sa sensorialité et son expressivité amène chacun de nous à modifier le rapport que l'on entretient avec notre propre corps mais également celui de l'autre. L'atmosphère de cette première séance est agréable, chaleureuse, douce. L'alliance thérapeutique que nous entretenons se charge de ce nouveau partage qui devient une « expérience structurante qui ancre le sujet dans une corporéité qu'il apprivoise. Le corps se fait familier et l'expérience du corps conduit à l'intime, à la proximité de soi-même, conjointement à celle d'autrui » (Lesage, 2012, p.63).

#### b. La régression

Cette proximité m'a une fois mise mal à l'aise lorsque la main de Gabriel se rapprochait de ma poitrine, comportement que je me permets de qualifier d'inadapté. Comme je l'ai écrit, cela m'a renvoyé l'image du jeune enfant qui se blottit contre sa mère, la main sous le t-shirt, à la recherche de réconfort et de proximité. Peut-être était-ce donc là le signe d'un accès à la régression, favorisé par l'approche tactile. Cela correspond, pour M. Guiose (2007, p.70), au fait de revivre « un mode de fonctionnement psychique archaïque infantile ». Pourtant, rien ne semble laisser penser que Gabriel ait pu vivre ce genre de moment intime avec sa mère biologique ou toute autre figure d'attachement durant sa petite enfance. Il ajoute que « la personne revit une expérience affective autrement que celle qui a servi de modèle (...) dans son enfance » (*Ibid*, p.71). De ce fait, lors de ce temps de lecture, Gabriel avait accès à une forme de deuxième chance, lui permettant de vivre une expérience qu'il n'avait pas pu traverser étant plus jeune.

Selon moi, la régression nécessite une certaine détente et un lâcher prise de la part du sujet. Cela fait preuve d'une grande confiance vis-à-vis du cadre thérapeutique et de la personne qui le représente, ici, moi. D'ailleurs, cette séance semblait avoir fait trace dans le corps de Gabriel qui, la semaine suivante me cherchait – lui qui présentait habituellement des difficultés au niveau de l'orientation temporelle et du maintien relationnel. La discontinuité de nos séances a certainement fait vibrer cette corde sensible au point de mettre à mal sa sécurité dans nos échanges et sa disponibilité psychocorporelle comme peuvent l'indiquer les deux dernières séances.

### c. L'empathie

Pour S. Robert-Ouvray (2007, p.167), le toucher fait appel à une communication tonique. Cette dernière est « à la base de la capacité de l'humain à être empathique avec autrui, c'est-à-dire "se mettre à la place de l'autre" ». J'ai entrepris cette démarche, qui consiste à adopter le point de vue de Gabriel, depuis les jours qui ont suivi notre premier face à face. Toutes mes réflexions découlent de ce travail qui m'a permis d'adapter ma posture en tentant de m'approcher le plus justement possible de ce qu'il est capable de comprendre et de percevoir de son monde et sa subjectivité.

« Si l'entourage est suffisamment empathique et compréhensif, l'enfant pourra exprimer sa vérité psychocorporelle » (*Ibid*, p.114). Ce changement de point de vue que décrit l'empathie, passage entre le dedans et le dehors de ma propre corporéité et passage entre l'observation et le dedans d'autrui, est donc ce qui permet d'accéder à un échange authentique, réciproque, basé sur la communication tonique, elle-même fondation de la relation. Le travail avec Gabriel a donc débuté dès notre premier face à face et s'est édifié sur



la qualité de nos échanges ponctuels, au cours desquels j'ai tenté de le comprendre pour lui permettre, peut-être, de s'exprimer et d'exister par lui-même lors de nos séances.

#### d. La représentation de soi

La sphère sensorielle que j'investis lors des séances individuelles est celle du tact, en lien avec la peau et le Moi-Peau de D. Anzieu, « figuration, dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même moi » (Richard, 1989, p.29). Le toucher thérapeutique revisite donc les fondements de la représentation de soi et les remanie dans l'ici et maintenant.

J'ai abordé la notion des représentations de soi tout au long de ce présent travail. J'ai toujours été animée par la volonté de comprendre la façon dont se perçoit Gabriel. Il semblerait que la représentation qu'il a de lui-même est en lien avec son histoire personnelle et relationnelle, mais aussi avec ce qu'il perçoit de lui dans le regard d'autrui.

Je fais ici référence à la notion d'image du corps, investissement affectif de soi qui, d'après B. Lesage (2012, p.54), « se module au gré des expériences et des circonstances, et (...) parmi celles-ci, l'émotion, l'affect, le désir, le plaisir et la douleur jouent un rôle essentiel ». Or, si ce que Gabriel a vécu est plutôt du côté de la douleur au sens de souffrances physiques, psychiques et relationnelles, alors je suppose que l'image qu'il a de lui-même n'est pas valorisante et chargée d'amour propre.

Il me semble qu'un des effets de nos échanges et de nos séances individuelles est l'apport d'afférences sensorielles agréables, dans un cadre qui se veut sécurisant, où la relation joue une place déterminante dans la modification du rapport qu'il entretient avec

son propre corps. Peut-être ce dernier se chargera-t-il de souvenirs doux, plaisants, affectueux, ceci favorisant l'émergence d'une image de soi valorisante et renarcissisante (Guiose, 2007). Or, comme l'écrit M.-F. Richard (1989, p.31), « faire surgir [des] moments de plaisir chez l'enfant (...) suppose de la souplesse, l'attente du moment favorable et l'aptitude à le recevoir ». De ce fait, peut-être que le cadre de mon stage et les circonstances exceptionnelles de cette fin d'année scolaire ne peuvent permettre, pour l'instant, l'émergence d'un réel travail de fond entre Gabriel et moi.

Proposer un accompagnement à Gabriel, c'est investir la relation au long terme, au sein d'une équipe pluridisciplinaire suffisamment continue, accueillante et contenant, afin de proposer le meilleur soin thérapeutique, éducatif et pédagogique à cet enfant en grande difficulté d'un point de vue identitaire.

## VIII. DISCUSSION

Mon travail s'édifie autour de la question de la place de la psychomotricité dans la compréhension et l'accompagnement de l'enfant présentant des troubles du comportement. Je n'ai jusqu'à présent discuté qu'une seule de mes problématiques, celle concernant mon approche psychomotrice individuelle. Je vais ici tenter d'aborder ma première hypothèse qui considère la violence et l'agressivité comme une forme de survie face au manque d'appuis narcissiques et identitaires. J'étendrai mon propos à la question des représentations de mort.

### *1. La violence et l'agressivité*

Jusqu'à présent, je n'ai pas distingué violence et agressivité. D'après mes observations cliniques, ces deux notions s'illustraient à la lumière des troubles du comportement de Gabriel, le passage à l'acte, ses insultes et ses coups. De mon point de vue, l'agressivité

concerne l'expressivité du geste et la charge affective personnelle – on parle d'ailleurs d'hétéro ou d'auto-agressivité (au sens de geste adressé à ...) – tandis que la violence est la conséquence de l'action, la façon dont Gabriel est perçu par autrui.

#### a. L'agressivité

Selon G. Séguret<sup>5</sup> « l'agressivité vise un désir de faire reconnaître sa puissance ». Il s'agirait d'une adresse et d'une convocation de la perception et des représentations d'autrui. Elle précise que l'agressivité pourrait être une mise en forme d'un cumul d'angoisse et de frustration. Il y aurait ainsi constitution d'une énergie, véritable force de vie qui serait une « lutte du moi pour sa confirmation et son affirmation ». J. Bergeret (2014) ajoute à cela que l'agressivité est une forme de domination (nous retrouvons là l'affirmation d'une puissance). Si l'agressivité est innée, il me semble que l'éducation peut permettre à chacun de la maîtriser, sinon de la transformer. Celui qui domine peut utiliser un certain champ lexical, la manipulation, l'humiliation, le langage infra-verbal, etc. L'agressivité n'est donc pas seulement attribuée au geste, au mouvement, mais à une posture, à une attitude, à l'incarnation d'une certaine idée voire d'un fantasme de toute-puissance.

Gabriel se montre agressif à travers ses gestes. Peut-être que c'est une des conséquences d'une carence affective, voire d'une carence éducative. Ce jeune garçon ne semble en effet pas avoir bénéficié d'un accompagnement suffisant pour, d'une part, reconnaître ses sensations et, d'autre part, contrôler leur moyen d'expression. Pour Gabriel, qui souffre de difficultés narcissiques et identitaires, l'agressivité peut donc être un moyen pour affirmer sa puissance, son existence, ou au contraire, le signe évoquant une faille qui témoignerait plutôt d'une difficulté à être.

---

5 <http://www.formassad.fr/blog/differencier-agressivite-violence/>

## b. La violence

P. Benghozi (2010, p.42) définit la violence comme une « attaque contre le lien », « déssubjectivante (...) et meurtrière ». Il s'agit d'une force dont la finalité serait la destruction du lien. J. Bergeret (2014, p.IX) nuance ce propos. Pour lui, la violence n'a pas pour vocation de tuer, c'est « une défense de la personne pour préserver son intégrité (...), une sorte d'instinct de défense ». Passage à l'acte inné, la violence serait une lutte pour la préservation de son corps. Elle serait donc au service de la survie. L'être humain ne se défend par la violence dans le but de préserver sa cellule, que s'il s'est senti ou se sent – à tort ou à raison – menacé.

Contre quoi Gabriel se défend-il ? La menace qu'il ressent vient-elle de quelqu'un, quelque chose, ou est-elle intrinsèque à son fonctionnement psychocorporel ? Il me semble que ce jeune garçon est sans cesse en train de se battre contre ses sensations envahissantes, contre son incompréhension du monde qui l'entoure, en somme, contre lui-même. En ces termes, il pourrait se montrer violent envers lui-même. Pourtant, dans la majorité des cas, sa violence est adressée. C'est à mon sens le signe qu'il est dans une certaine forme de communication et d'expression. Il semble envoyer un message à un autre. Or, s'il y a un autre, c'est qu'il existe un certain sentiment d'identité, une subjectivité (Giromini, 2012, p.260). Même si, en se montrant violent, Gabriel détruit le lien au service de sa propre survie, il témoigne en partie de son sentiment continu d'existence. De toute façon, est-il possible de lutter pour sa propre vie si nous n'avons pas conscience, *a minima*, d'être quelqu'un de vivant et ayant quelque chose de soi à défendre ? Décider de réprimer la violence serait donc adopter une attitude tout à fait périlleuse dans ce cas-ci. Cela pourrait affaiblir d'avantage les quelques fondations identitaires de Gabriel et l'entraîner vers des difficultés plus importantes que celles qui existent à ce jour.

Si l'être humain cherche à se préserver par la violence, il ne devient, en revanche, agressif, que si la seule solution dont il dispose pour exister est celle de la domination. L'agressivité serait donc secondaire à la violence. De plus, elle convoquerait la présence d'un autre tandis que la violence, d'un point de vue lexical, l'éloignerait. Si la survie de Gabriel est entendue comme un moyen d'être en relation malgré tout, alors l'agressivité en serait une forme, contrairement à la violence. Or, si nous considérons l'état de survie comme une façon de maintenir son corps actif, alors l'agressivité permettrait de prouver son existence à l'autre et la violence, son existence sans la présence de l'autre.

c. Gabriel : en état de survie ?

Lors de notre dernière séance, j'écris m'être senti prise en otage (*cf supra* p.68). Gabriel tapait, jurait, criait et riait. Nous étions là, il me semble, dans le cas d'une domination, il se montrait agressif. Durant cette situation, j'ai eu le sentiment d'être impuissante face à lui. Il affirmait son existence, son libre arbitre, mais il avait aussi, de mon point de vue, menacé notre relation. Ai-je eu la bonne attitude à cet instant ? Qu'attendait-il de moi ? Peut-être s'était-il lui-même senti menacé, dans son intégrité, par la discontinuité de nos séances. Pouvait-il associer l'absence de nos rencontres avec les faits réels (maladies saisonnières et vacances scolaires) ou a-t-il pensé qu'il était une nouvelle fois la victime d'une rupture relationnelle ? Ce que je perçois comme étant une agressivité à mon égard était peut-être, pour lui, du côté de la violence, de la survie.

A première vue, l'hypothèse qui considère l'agressivité et la violence de Gabriel comme des formes de survie, face au manque d'appuis narcissiques et identitaires dû à une carence affective, est totalement confirmée. Mais, d'après le sens des termes « violence » et « agressivité », elle ne l'est que partiellement : l'agressivité n'est pas tout à fait une forme de survie mais une affirmation de sa puissance – et par extension de son existence – tandis que

la violence, qui éloigne et détruit l'autre sans avoir l'intention de le tuer, est une forme de préservation de son intégrité, donc un instinct de survie.

En étant agressif, Gabriel porte atteinte à autrui qui, à son tour, est amené à s'affirmer et prouver sa survie face à cette attaque. L'hypothèse qui propose l'existence d'un phénomène de cercle vicieux, entre les attitudes de Gabriel et celles des professionnels, est donc confirmée. Cela influence la façon dont chacun se perçoit et perçoit l'autre. D'un point de vue mythique, nous pouvons dire que ce phénomène de boucle augmente les représentations de mort.

## 2. *Gabriel et les représentations de mort, ou celui qui révèle*

Le thème de la survie m'a rapidement animée au fil de mes observations et mes diverses lectures. Cette notion a à voir avec la vie et la mort. Si j'en suis venue à poser une hypothèse sur ce sujet, c'est parce que, de mon point de vue, l'histoire de Gabriel peut être perçue comme des expériences répétées avec la mort : carence affective, séparations répétées, accident de la route et handicap moteur acquis. Peut-être ne suis-je pas la seule à être traversée par ce genre de représentations pouvant s'étendre au champ de l'inconscient collectif.

J'ai déjà abordé la perte de la bipédie et les conséquences que cela peut avoir sur l'attribution du statut d'être humain par autrui (*cf supra* p.49). Du fait que Gabriel a survécu – en partie d'un point de vue symbolique – à un accident de la voie publique, il devient un « messager du malheur » (Korff-Sausse, 2019, p.19), voire de la mort, par l'expérience qu'il a partagée avec elle.

Pour O. R. Grim (2008, p.124), « sa survie lui confère les attributs du héros. Le voici, lui naguère en-deçà de l'humain, au-dessus de l'humanité », il ne serait donc plus un Homme

mais un héros du point de vue des représentations. Gabriel, qui autrefois ne présentait des difficultés que dans ses comportements relationnels (avidité affective, intolérance à la frustration et angoisse d'abandon), témoigne aujourd'hui, par sa présence même, de son rapport à la mort. Il était à moitié vivant, à moitié tonique, à moitié sensible, mais surtout à moitié mort. Il n'était plus nécessaire d'échanger avec Gabriel pour s'apercevoir de ses difficultés à vivre. L'être humain est donc ramené à sa condition de vie : il est vulnérable, fragile, mourant. Gabriel nous interroge quant aux « origines premières et [aux] fins dernières », à « l'appartenance à l'humanité, [à] la mutation de l'espèce, [au] rapport au divin » (Grim, 2013, p.29). Le choix du prénom Gabriel pour ce travail n'est donc pas le fruit du hasard (*cf supra* p.20).

Face à celui qui incarne une telle posture, nous pouvons nous retrouver plus ou moins consciemment en difficulté, ceci influençant les relations que nous entretenons avec ce messager de l'au-delà. « Que peut-il advenir d'un baiser avec la mort, d'une union charnelle avec elle, si ce n'est la mort elle-même ? » (Grim, 2008, p. 128). S. Korff-Sausse (1996, p.116) évoque d'ailleurs la peur de la contagion. Ceci peut expliquer pourquoi la personne en situation de handicap est reléguée « à la marge des champs sociaux » car si « elle démontre, par sa simple présence, le caractère dérisoire de [notre] illusion d'immortalité » (*Ibid*, p.254), elle menace notre intégrité dans le présent. Cela me rappelle une situation de stage lorsque j'étais en classe de troisième. Accompagnés de jeunes enfants polyhandicapés, nous faisons des achats dans une grande enseigne pour bébés ; je remarquai à plusieurs reprises des adultes entrer dans ce magasin, nous regarder avant de repartir immédiatement. En effet, comment partager les mêmes locaux, être à proximité de celui par qui le malheur peut m'advenir ?

Au contact de Gabriel, si je suis ramenée à ma peur de la mort, je rencontre également mon puissant désir de vie. Nous retrouvons là une possible motivation qui anime certains

individus choisissant d'exercer des métiers du soin. Ces derniers, tournés vers la vie, tentent d'un point de vue mythique de ramener tout être sur le champ de l'existence. Peut-être est-ce là une des conditions de l'exclusion : se battre contre la mort symbolique de tout individu dans la société (l'exclusion), et vis-à-vis de lui-même (retrait social, souffrance). L'enfant handicapé ne doit pas mourir. Mais, comment lui permettre de vivre pleinement ? Voici peut-être l'enjeu de tout professionnel investi dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap.

Selon S. Korff-Sausse (1996, p.8), je vois, à travers l'enfant handicapé une partie de moi-même : « son étrangeté révèle, comme dans un miroir brisé, notre propre étrangeté que nous voulons ignorer ». Pourtant, lors de notre premier face à face, je ne reconnais aucune similitude entre Gabriel et moi. Comment pourrais-je ressembler à cet enfant dont le corps est divisé et dont l'agressivité me fait si peur ? J'ai d'abord cru que les mots de S. Korff-Sausse ne me concernaient pas, que j'étais justement attirée par nos différences. Elle ajoute en 2007 (p.22) que « la ressemblance (...) est beaucoup plus difficilement perceptible. Et tellement plus inquiétante... » puisque c'est prendre le risque de « reconnaître une part de moi-même que je n'admets pas, voire qui me fait horreur ». Peut-être que c'est par l'intermédiaire de ce travail que nous nous éloignons de l'exclusion, c'est-à-dire de la mise à distance des personnes que l'on considère comme des êtres différents, des étrangers. En découvrant Gabriel, j'ai en effet remis mon point de vue en question lorsque je me suis intéressée à ses difficultés à communiquer et à entrer en relation. Il me ramenait à ma propre histoire et c'est cet aspect de sa personnalité qui m'a, plus tard, tant sensibilisée car, moi aussi, j'avais traversé ce genre de difficultés. O. R. Grim (2008, p.27) précise ainsi que « la figure du monstre nous intéresse ici dans sa formidable capacité à révéler ce qui, chez l'autre, à l'épreuve de l'infirmité et du handicap, reste caché dans ses pensées, son discours et ses



pratiques ». Ainsi, en apprenant à découvrir et comprendre Gabriel, je me découvrais également.

### 3. *Une question de point de vue*

#### a. L'objectivité du travail et la réflexion subjective

Mon implication dans l'IEM dépend de mon cadre de stagiaire : ma présence est limitée à une journée hebdomadaire. Les relations avec les jeunes dépendent de ce contexte. Nous ne nous voyons pas tous les jours, je ne partage pas leur vie quotidienne autant que les autres professionnels et je ne vis peut-être pas les difficultés relationnelles et agressives de la même façon : je n'ai été qu'une fois la cible d'une attaque. Si une journée était difficile pour diverses raisons, je savais que je pouvais me mettre à distance d'ici la semaine suivante – si j'avais passé une très bonne journée, l'attente pouvait être plus ou moins longue. Mon implication, ma fatigue, mon épuisement, ma façon de me protéger étaient potentiellement tout autre que chez la majorité des professionnels. M. Lemay (1979, p.75) précise en effet l'importance et la difficulté de « maintenir un certain degré de mise à distance pour ne pas être dévoré » par l'enfant carencé « dont la demande relationnelle est si intense et si conflictuelle ». L'accompagnement de Gabriel doit donc être particulièrement difficile et éprouvant pour les soignants.

Mes réflexions n'ont pas pour objet de juger les relations et le professionnalisme des équipes que j'ai côtoyées. Cette étude est imprégnée de ma propre personne, ma sensibilité, mon histoire, ma personnalité. Conditionnée par le cadre de mon stage, elle l'est également dans le temps. Mon élaboration pourrait être tout à fait différente dans les mois à venir ou si ma présence au sein de la structure ne se résumait pas à une journée.

Nous voyons chacun le monde selon notre propre référentiel. Cette démarche de réflexion, selon la personne qui l'entreprend, pourrait donc avoir un autre caractère que celui que je vous présente ici. Ce présent travail m'a amenée à élargir les frontières de mes connaissances et « tirer le fil » de ma pensée. Il s'agit pour moi de proposer une lecture des troubles du comportement et des dynamiques relationnelles de Gabriel, sans avoir la prétention d'en faire une vérité.

Au cours de mon élaboration et des échanges que j'ai pu avoir avec certains professionnels, mon travail a tantôt dérouté, tantôt laissé dubitatif, tantôt surpris et étonné. Pourtant, je ne m'attendais pas à ce qu'il amène des professionnels à se questionner sur leur propre façon de regarder et de percevoir Gabriel. En voici un exemple : il est assis sur un fauteuil en mousse. Ses jambes pliées sont regroupées contre son torse, il les entoure de ses bras. Quelques instants plus tard, ma maître de stage me dit : « je le regardais et j'ai compris ce que tu voulais dire : dans cette position, on ne voyait plus son handicap, il était comme un enfant ordinaire. Il y avait une certaine harmonie, je le trouvais beau ».

b. Une approche psychomotrice : la considération de l'expressivité, des représentations et de la relation

L'hypothèse concernant les effets d'une approche psychomotrice sur l'expressivité du geste en utilisant le toucher thérapeutique ne peut être ni confirmée, ni infirmée. Mon implication dans ce travail a été limitée dans le temps et la discontinuité des rencontres avec Gabriel ne permet pas de rendre compte d'un travail et d'une évolution significatifs.

Néanmoins, il semble que les moments que nous avons partagés se soient, au fur et à mesure du temps, colorés d'une dimension relationnelle, peut-être le signe évocateur d'une possible évolution favorable vers la modification de l'expressivité du geste adressé. Au cours du temps, je ne percevais plus Gabriel comme lors de notre premier face à face. Je le

percevais comme un enfant en souffrance. J'étais sensible à ses difficultés et une rencontre profonde semblait s'être établie, notamment par l'intermédiaire de nos échanges visuels dans un silence relatif. Bien que notre dernière séance ait été explosive, j'avais la sensation que nos partages s'établissaient de plus en plus à travers notre langage infra-verbal. Ils me semblaient également devenir de moins en moins bruyants, tant concrètement que dans nos pensées : ses crises étaient plus rares, la vitesse de nos mouvements était plus lente, leur amplitude était réduite, je n'étais plus traversée par des représentations violentes et déstabilisantes et Gabriel semblait plus calme, moins tonique. L'image que j'avais de cet enfant s'était adoucie, celle-ci ayant été comme apprivoisée via la réflexion que j'ai menée. Tout cela avait nécessairement une influence au niveau de l'expressivité de nos gestes, même *a minima*. Il pourrait être intéressant de continuer ce travail autour du toucher thérapeutique, dans un cadre continu, afin de tendre vers une réponse plus éclairée à mon hypothèse.

# Conclusion

Ce présent travail avait pour ambition de déterminer la façon dont l'approche psychomotrice peut permettre de comprendre l'agressivité et la violence et d'accompagner l'enfant qui présente des troubles du comportement.

J'ai découvert l'histoire de Gabriel, à mon sens traumatique à plusieurs niveaux : les troubles relationnels, le déficit dans la construction identitaire, les atteintes narcissiques, et le rapport particulier qu'il entretient avec son corps et son environnement. Cet enfant semble avoir déployé une force lui permettant de survivre à cela.

L'approche psychomotrice peut proposer une lecture de la violence et de l'agressivité grâce à son approche holistique de l'être humain. Elle s'intéresse au sujet dans ses aspects corporels, cognitifs, et affectifs, et considère son histoire dans une dynamique développementale. Le ou la psychomotricien-ne devient un tiers, un être extérieur, qui accompagne, dans la relation, le sujet dans sa construction psychocorporelle.

Gabriel s'est construit sur des fondations relationnelles, narcissiques et identitaires fragiles. Son mode de fonctionnement actuel résulte de son histoire et devient une façon pour lui de conserver, du mieux qu'il le peut, son être, et d'investir son environnement. Bien que cela soit inhabituel et puisse mettre en danger sa propre personne et ses relations, cette énergie est peut-être pour lui nécessaire à sa survie. Accompagner Gabriel dans son évolution personnelle, c'est prendre cela en compte afin de ne pas chercher à le transformer, le travestir, sans lui apporter une sécurité et des appuis identitaires nécessaires qui lui permettront de trouver de nouvelles façons de vivre et d'être en relation, sans se désorganiser.

C. Potel (2015, p.37) évoque la notion de contre-transfert corporel. Le professionnel tourne son attention vers le sujet qu'il accompagne et se laisse imprégner de ses émotions et sensations avant de « les transformer en représentation ». Cette démarche permettrait de reconnaître les besoins spécifiques d'autrui dans le but de lui permettre de suivre « le chemin personnel qui n'appartient qu'à lui ». A travers ce présent travail, je réfléchis à la nature expressive de l'agressivité et de la violence. Il pourrait être intéressant de continuer cette étude afin de tenter de comprendre quels seraient les besoins spécifiques de Gabriel.

Au cours de mon stage, il me semble avoir observé que les difficultés de Gabriel, remontant parfois aux premiers mois de sa vie, se réactualisent, d'une certaine manière, dans ses relations actuelles. Si Gabriel est du côté de la vie, sa destruction me semble pourtant être trop importante puisqu'elle peut mettre à mal son être et ses relations. Un phénomène de boucle, un cercle vicieux, semble à l'œuvre, impliquant ce jeune garçon et son environnement dans un rapport particulier, tissé autour de l'agressivité, de la violence et des représentations de mort. Pourtant, au fil des semaines et de façon générale, j'observe une amélioration du comportement de Gabriel : les épisodes agressifs et violents sont moins fréquents et moins intenses. Pour les professionnels de l'IEM, les jeunes et moi-même, cette évolution nous permet de nous sentir plus à l'aise et moins menacés dans la relation à cet enfant. D'ailleurs, depuis peu, un quatuor amical composé de Gabriel et trois autres garçons semble exister.

Gabriel projette quelque chose de moins brutal, moins sauvage, moins effrayant et moins mortifère. Nous le considérons moins comme une créature imprévisible et menaçante mais comme quelqu'un de vivant, qui a une vie méritant d'être vécue – quelle vie ne pourrait-elle pas l'être ? Sur quels critères ? Gabriel faisant moins peur, il devient aimable. Nous pouvons le regarder comme un objet d'amour et lui en donner. Peut-être qu'en introduisant de la tendresse dans le cercle vicieux, l'estime que Gabriel a de lui-même tend à augmenter,

diminuant ainsi sa violence et son agressivité. Ceci renforce la disparition des représentations mortifères et Gabriel en devient davantage un être aimable. Peut-être qu'un phénomène de cercle vertueux est en train de se mettre en place, nous éloignant de la mort et de la survie, pour tendre vers l'amour et la vie.

# Bibliographie

ANZIEU D. (1995). *Le Moi-peau*, Paris : Dunod (p.1-61)

BENGHOZI P. (2010). La violence n'est pas l'agressivité : une perspective psychanalytique des liens in *Revue de psychothérapie psychanalytique du groupe*, 55, 41-44

BERGERET J. (2014). *La violence fondamentale*. Malakoff : Dunod (p. IX-XII)

BOWLBY J. (1978). *Attachement et perte (Vol 1), L'attachement*. Paris : PUF, 6<sup>e</sup> Ed

CLAUDE ROVERA A. (2016). Handicap et inclusion : accompagner les équipes. *Cahiers de la puériculture*, 300, 21-25

D'IGNAZIO A. et MARTIN J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Paris : Tom Pousse

GATECEL A. (sous la direction de) (2012). *La psychomotricité relationnelle*. Paris : EDK

GIROMINI F. (2012). La médiation en psychomotricité in *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (LESAGE B.). Toulouse : Eres, 2019

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

GRIM O. R. (2008). *Mythes, monstres et cinéma*. Grenoble : PUG

GRIM O. R. (sous la direction de) (2013). *Vers une socio-anthropologie du handicap*. Paris : L'Harmattan

GUIOSE M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Paris : Heures de France, 2<sup>e</sup> Ed

KORFF-SAUSSE S. (1996). *Le miroir brisé – L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris : Fayard/Pluriel, 2010

KORFF-SAUSSE S. (2007). La peur de la différence *in Naître différent (dir. BEN SOUSSAN P.)*. Toulouse : Eres (p.9-31)

KORFF-SAUSSE S. (2016). Quand je serai grand. *Contraste, Grandir avec un handicap, 44* (p.55-73)

KORFF-SAUSSE S. (2019). Un invité indésirable, Le handicap acquis dans la clinique et la littérature *in Quand le handicap s'invite au cours de la vie (dir. BOISSEL A.)*. Toulouse : Eres (p.11-26)



LEGRAND O. (2008). Tentative de représentation de la corporéité d'une enfant polyhandicapée et accompagnement en bain sensoriel. *Contraste, Psychomotricités*, 28-29. p.295-320

LE GUILLOU G. (2018). Pour une société réellement inclusive. *Métiers de la petite enfance*, 257, 28-29

LEMAY M. (1979). *J'ai mal à ma mère*. Paris : Fleurus, 1993

LESAGE B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Toulouse : Eres, 2019

MONVAL de A. (2019). La thérapie psychomotrice comme soutien de construction identitaire chez l'enfant carencé, *in Le grand livre des pratiques psychomotrices (dir. VACHEZ-GATECEL A. & VALENTIN-LEFRANC A.)*. Malakoff : Dunod

MOREAU DE BELLAING L. (2013). La loi de 2005 sur les personnes en situation de handicap, Les débats à l'Assemblée nationale, *in Vers une socio-anthropologie du handicap (dir. GRIM O. R.)*. Paris : L'Harmattan

MURPHY R. F. (1987). *The Body Silent. Vivre à son corps perdu. Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*. Paris : Plon, 1990 (p.17, p.133)

POTEL C. (2015). *Du contre-transfert corporel, une clinique psychothérapique du corps*. Toulouse : Erès

PRAYEZ P. et SAVATOFSKI J. (2009). *Le toucher apprivoisé*. Reuil-Malmaison : Lamarre, 3<sup>e</sup> Ed.  
p.121-181

RICHARD M.-F. (1989), Quand le corps du psychomotricien rencontre le corps de l'enfant *in*  
*Thérapie psychomotrice, Corps, Peau, Narcissisme*, 83, p.29-33

ROBERT-OUVRAY S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris : Desclée de Brouwer

STRANG C. (sous la direction de) (2009). Inclusion. Dans le *Dictionnaire Hachette*.

STRANG C. (sous la direction de) (2009). Survie. Dans le *Dictionnaire Hachette*.

VALABREGA J.-P. (2001). *Les mythes, conteurs de l'Inconscient*. Paris : Payot & Rivages, 2012

WINNICOTT D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Malesherbes : Gallimard

WINNICOTT D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot

### **SITOGRAFIE :**

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine (version 2019). Issu de  
<http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

Historique complet de l'association [consulté le 12/12/19]. Issu de [https://www.apf-francehandicap.org/sites/default/files/apf-historique\\_80ans\\_5.pdf?token=ZeZz8RXS](https://www.apf-francehandicap.org/sites/default/files/apf-historique_80ans_5.pdf?token=ZeZz8RXS)

Rédaction Viversum (2017). *Archange Gabriel : qui est-il et comment invoquer son aide ?* [consulté le 27/01/20]. Issu de <https://www.viversum.fr/online-magazine/archange-gabriel>

SEGURET G. (2016). *Différencier agressivité et violence* [consulté le 06/04/20]. Issu de <http://www.formassad.fr/blog/differencier-agressivite-violence/>

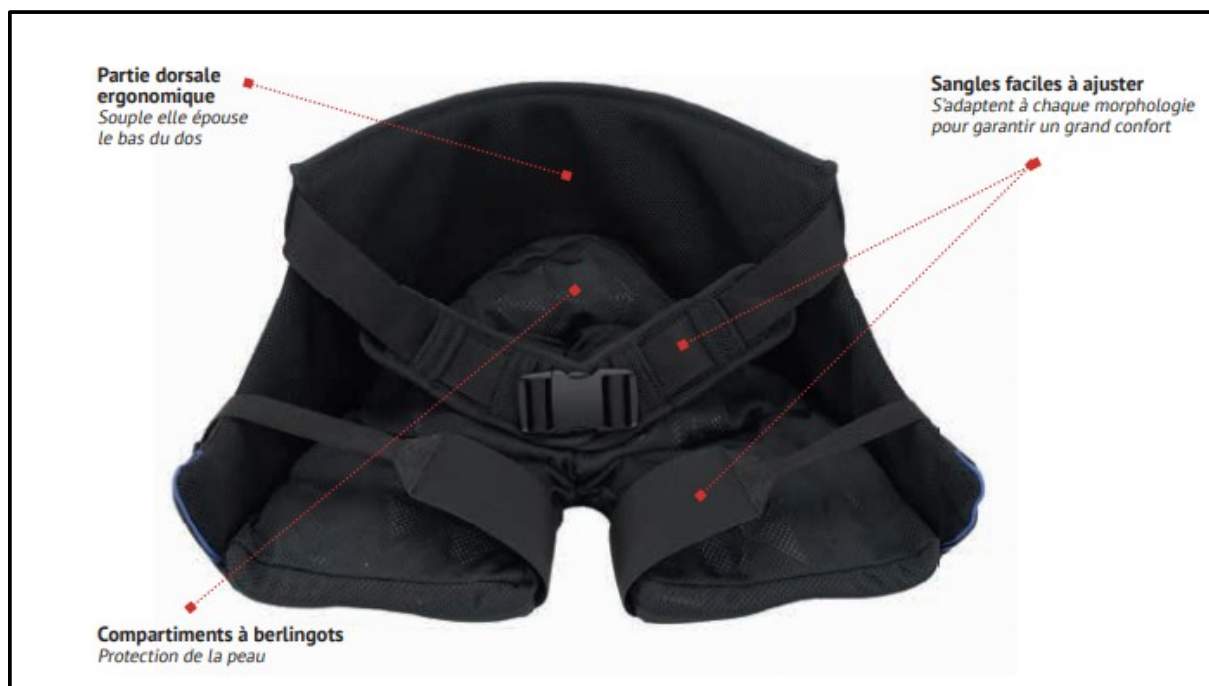
VISIER J.-P., MAURY M., BIZOUARD P. (2008). *Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent* [consulté le 18/03/20]. Issu de <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/17.%20COMPORTEMENT%203-39.pdf>, p.122-127

# Annexes

**ANNEXE 1** : Coussin de prévention au risque d'escarre..... II

**ANNEXE 2** : Verticalisateur maniable..... III

## **ANNEXE 1 : Coussin de prévention au risque d'escarre**



« [Cet appareillage] s'adresse aux patients qui ne restent pas constamment dans leur fauteuil mais qui souhaitent conserver une bonne protection contre les escarres même lorsqu'ils en sortent. [Ce coussin] leur permet de s'asseoir et de se mouvoir sur d'autres supports en toute sécurité (...). Il est destiné à une utilisation ponctuelle et peut être un très bon accessoire pour les sportifs. »

Inspirale (2020). *Vicair, Nomad O2* [consulté le 24/01/20]. Issu de [https://www.inspiral.fr/public/docs/fichier-10\\_1578505429.pdf](https://www.inspiral.fr/public/docs/fichier-10_1578505429.pdf). p.41

## ANNEXE 2 : Verticalisateur maniable



« Avec moi, tu t’entraînes à te tenir sur tes propres jambes. Une station debout régulière entraîne tes muscles et améliore la densité de tes os ①. Mes appuis corporels s’adaptent en hauteur, largeur et profondeur à tes mensurations ②. Mes deux grandes roues parachèvent le tout. Elles te permettent d’aller partout – en autonomie complète ③. »

Schuchmann (2019). *Todd, il te va bien. Je suis ton verticalisateur maniable* [consulté le 14/03/20]. Issu de <https://www.schuchmann.fr/produit/todd/#tab-id-1>

Notons que le fournisseur personifie cet appareillage. Ce n’est plus seulement une aide technique comme peut l’être le coussin de prévention au risque d’escarre (cf Annexe 1) mais un véritable compagnon de vie. Il est question d’un rapport entre deux personnalités et non plus entre un être et une chose. Tout concourt à renforcer le statut d’être humain de la personne en situation de handicap moteur et privé de la bipédie et tendre vers l’image idéale que nous avons d’un enfant

## RESUME

---

Face à un enfant violent et agressif, nous pouvons nous sentir décontenancés. Mais, quand cela s'ajoute à la dimension du plurihandicap, en lien avec une carence affective et une paraplégie, alors les représentations de mort pour l'un et le déploiement d'une forme de survie pour l'autre ne sont plus bien loin.

L'approche psychomotrice, dans ses sphères psychocorporelle et relationnelle, peut proposer une lecture et un accompagnement spécifiques de ces enfants qui présentent des troubles du comportement.

**Mots clés :** Psychomotricité, Troubles du comportement, Carence, Paraplégie, Représentations, Toucher thérapeutique

## ABSTRACT

---

When you are in front of a violent and aggressive child, we may feel disconcerted. But, when this is added to the dimension of multiple disabilities, related to emotional deprivation and paraplegia, then death visions and the development of a survival form are not very far.

The psychomotor approach, in its psychic, bodily and relational aspects, can provide specific methods to understand of these children who have behavioural problems and meet their particular needs.

**Key words :** Psychomotricity, Behavioural problem, Emotional deprivation, Paraplegia, Visions, Therapeutic touch