



**HAL**  
open science

# Quand l'angoisse et l'agressivité colorent la rencontre : réflexion sur la co-construction d'une relation thérapeutique en psychomotricité auprès de jeunes en situation de polyhandicap

Lucie Garcia-Monier

## ► To cite this version:

Lucie Garcia-Monier. Quand l'angoisse et l'agressivité colorent la rencontre : réflexion sur la co-construction d'une relation thérapeutique en psychomotricité auprès de jeunes en situation de polyhandicap. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02933503

**HAL Id: dumas-02933503**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933503>**

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

**Quand l'angoisse et l'agressivité colorent la rencontre :**  
réflexion sur la co-construction d'une relation thérapeutique en psychomotricité  
auprès de jeunes en situation de polyhandicap

Mémoire présenté par

**Lucie GARCIA-MONIER**

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

Référents de mémoire :

Martine COPELAND

Fabien DA ROSA

Session Juin 2020



## Remerciements

Dans ce mémoire, je tiens à remercier en premier lieu mon père pour sa présence, ses conseils à toute épreuve et tous les kilomètres parcourus ensemble à la poursuite des concours. Ma mère pour la justesse de ses mots, son soutien et ses encouragements chaleureux, sans relâche, à n'importe quelle heure malgré la distance. Ma sœur pour ses rires réconfortants et sa bonne humeur contagieuse. Mon complice d'être mon pilier, ma force tranquille, mon rayon de soleil quand des nuages se profilaient. Merci à vous de m'avoir aidé à me construire, à grandir et à avoir confiance en moi.

Avec beaucoup de plaisir je tiens à remercier, l'équipe pédagogique de l'IFP de la Pitié Salpêtrière et ses intervenants professionnels, pour la richesse de cette formation et leur investissement.

Merci à mes ami(e)s, futur(e)s psychomotricien(ne)s, et tout particulièrement à Marjorie mon acolyte, avec qui j'ai partagé des moments extraordinairement riches et des fous rires interminables.

Je remercie également tous les psychomotricien(ne)s qui m'ont accueilli en stage et m'ont transmis leur savoir-faire et leur savoir-être au cours de ces trois années d'études. Merci de m'avoir partagé votre expérience, de m'avoir appris tant sur le plan de la connaissance qu'humain et de m'avoir transmis la richesse de ce métier.

Je tiens à remercier Martine Copeland, ma référente de mémoire, pour ses conseils, son expérience enrichissante et pleine d'intérêt.

J'ai une attention particulière pour Fabien Da Rosa, mon référent de mémoire et superviseur, pour sa disponibilité, son soutien, son écoute, ses éclairages et son implication tout au long de cette année et de la rédaction de ce mémoire. Merci à tous les deux pour vos connaissances, m'avoir encouragée et m'avoir poussée sans arrêt dans ma réflexion.

Enfin, je tiens particulièrement à remercier tous les jeunes et moins jeunes que j'ai pu rencontrer au cours de mes différents stages, qui m'ont tant apporté sur le plan personnel et professionnel.

À tous ceux que j'ai rencontrés et ceux que je vais rencontrer...

# Table des matières

Introduction.....	7
<b>I. Présentation de l'institution et découverte des jeunes accueillis.....</b>	<b>9</b>
<b>1. L'institution .....</b>	<b>9</b>
a. Cadre institutionnel.....	9
b. Une équipe pluridisciplinaire.....	9
c. Fonctionnement de l'établissement .....	10
<b>2. La place spécifique de la psychomotricité dans l'institution .....</b>	<b>11</b>
a. Les prescriptions .....	11
b. Les axes thérapeutiques.....	11
c. Des prises en charges individuelles ou groupales.....	12
<b>3. Le jour de mon arrivée.....</b>	<b>13</b>
<b>4. Appréhension du polyhandicap .....</b>	<b>14</b>
a. Définition du polyhandicap .....	14
b. Immaturité du système perceptif.....	15
c. Déficit tonique et moteur .....	16
d. Défaut d'intégration des repères structurants.....	17
<b>II. Le corps comme lieu de présence au monde.....</b>	<b>18</b>
<b>1. Polyhandicap et relation.....</b>	<b>19</b>
a. Perturbations dans la boucle des interactions précoces.....	19
b. Construction du Moi et conscience du sentiment de soi.....	22
c. Subjectivité et individuation .....	25
<b>2. Les manifestations corporelles .....</b>	<b>26</b>
a. Régulation tonico-émotionnelle .....	27
b. Angoisse et agrippement .....	29
c. Agressivité.....	30
d. Autostimulation, automutilation et stéréotypies.....	31
<b>III. Témoignage de deux rencontres .....</b>	<b>32</b>
<b>1. Se rencontrer quand la relation ne va pas de soi .....</b>	<b>32</b>
a. Maëlle ou supporter l'agressivité .....	32
b. Supporter l'angoisse de Zoé.....	34
c. Les implications qui se retrouvent en psychomotricité .....	35

d.	La relation thérapeutique en psychomotricité.....	37
<b>2.</b>	<b>Etablir une relation thérapeutique : évolution de deux vignettes cliniques .....</b>	<b>38</b>
a.	Présentation de Maëlle .....	38
b.	La métamorphose de la relation avec Maëlle en balnéothérapie.....	39
c.	Perspectives thérapeutiques .....	49
d.	Présentation de Zoé.....	51
e.	La relaxation comme support de la relation avec Zoé.....	52
f.	Perspectives thérapeutiques .....	59
g.	Une difficulté à être en relation commune .....	60
<b>IV.</b>	<b>Co-construction d'une relation thérapeutique.....</b>	<b>63</b>
<b>1.</b>	<b>Adaptation du cadre thérapeutique, support de la relation .....</b>	<b>63</b>
a.	Temps : rythme, adaptation .....	63
b.	Espaces : balnéothérapie, salle.....	64
c.	Objectifs thérapeutiques .....	66
<b>2.</b>	<b>Cadre interne du psychomotricien.....</b>	<b>66</b>
a.	Intérêts de la psychomotricité.....	67
b.	Fonction alpha et réflexivité.....	68
c.	Contre-transfert corporel .....	69
d.	Appui-support.....	71
e.	Médium malléable.....	73
<b>3.</b>	<b>Les enjeux de la relation thérapeutique .....</b>	<b>74</b>
a.	Deux chemins qui se croisent et qui avancent côte à côte .....	74
b.	Enjeux des vécus corporels : de l'incompréhension à l'ajustement.....	76
c.	Bipolarité du rôle du psychomotricien.....	78
d.	Co-construction d'une relation intersubjective.....	80
	<b>Conclusion .....</b>	<b>83</b>
	<b>Table des abréviations .....</b>	<b>85</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>86</b>
	<b>Table des illustrations.....</b>	<b>90</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>I</b>

*« Il faut prendre des risques, nous ne comprenons vraiment le miracle de la vie que si nous laissons arriver l'inattendu. L'être qui fait attention au moment qu'il est en train de vivre découvre l'instant magique. Celui-ci peut être caché dans la minute qui vient, dans un intervalle de silence dans les mille et une choses qui nous paraissent toutes semblables. Mais cet instant existe, un instant où toute la force des étoiles passe par nous et nous permet d'accomplir des miracles. » (Coelho, 2004)*

## Introduction

*Par soucis d'anonymat, tous les noms cités ont été modifiés.*

Cette année, j'ai choisi de réaliser un stage auprès de jeunes en situation de polyhandicap. Il s'est déroulé dans un Institut Médico-Educatif (IME) parisien. Le choix de mon sujet de mémoire s'inscrit dans une réflexion personnelle et professionnelle, née de mes expériences cliniques auprès de ces jeunes. Les questionnements suscités par ces accompagnements se situent dans une certaine continuité avec ceux que j'ai pu et continu à avoir en pédopsychiatrie. Si Aristote énonce : « *l'homme est un être sociable ; la nature l'a fait pour vivre avec ses semblables* », l'accompagnement de ces jeunes m'inspire que la relation ne va pas toujours de soi.

À mon arrivée dans l'IME, j'ai rencontré des jeunes à l'abord très complexe et aux fragilités multiples. La souffrance que certains semblaient exprimer m'a interpellé. Mon premier questionnement a vu le jour à la suite de mes difficultés à entrer en relation avec ces jeunes en situation de polyhandicap. Comment s'expriment-ils et comment les comprendre ? Comment faire en sorte qu'ils me comprennent avec leurs capacités actuelles et puissent saisir ce que je veux leur communiquer ? Mais plus particulièrement, comment aller à la rencontre de ces jeunes, face au silence de leurs mots, les cris de leur corps entre angoisses, auto-agressivité, hétéro-agressivité et parfois le contre-transfert négatif, l'intention d'évitement, voire le rejet ? Quels moyens disposons-nous, en tant que psychomotricien pour contenir et accompagner ces manifestations corporelles internalisées ou externalisées qui mettent à mal la relation ? En m'appuyant sur la rencontre de deux jeunes filles, ce mémoire retrace le cheminement de ma réflexion autour de ces grandes interrogations. La question centrale qui en découle et que je tâcherai d'éclairer au cours de cet écrit est la suivante :

Comment accompagner le processus de co-construction d'une relation thérapeutique, lorsque les manifestations corporelles perçues échappent à nos systèmes habituels de représentation et portent atteinte à notre propre intégrité physique ?

Dans cet écrit, après une présentation du contexte institutionnel, de la découverte des jeunes accueillis, j'aborderai les principales notions théoriques relatives aux problématiques soulevées par ces rencontres. Elles permettront d'amorcer ma réflexion sur les manifestations corporelles de ces jeunes et sur la co-construction d'une relation thérapeutique. Il n'en demeure pas moins que je vous présenterais ensuite Maëlle et Zoé, à travers le récit de nos rencontres, leur histoire et la narration de moments marquants dans les séances. J'exposerais aussi, corrélés à ces vignettes cliniques, les enjeux psychocorporels que j'ai pu en saisir : de l'incompréhension à l'ajustement. Enfin, je vous proposerais de vous aventurer dans ma



réflexion sur la co-construction d'une relation thérapeutique en psychomotricité lorsque les manifestations corporelles perçues échappent à nos systèmes habituels de représentation et peuvent porter atteinte à notre propre intégrité physique, ainsi que les ressources sur lesquelles je me suis étayée.

## **I. Présentation de l'institution et découverte des jeunes accueillis**

### **1. L'institution**

#### **a. Cadre institutionnel**

L'IME dans lequel a germé ma réflexion sur la co-construction d'une relation thérapeutique en psychomotricité est un établissement du secteur médico-social. Il accueille des enfants et adolescents de 10 à 20 ans, reconnus « polyhandicapés » par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), habitant avec leur famille à Paris ou dans ses environs proches. Il dispense une éducation et des soins adaptés aux besoins de chaque jeune<sup>1</sup> accueilli et soutient sa famille dans sa démarche éducative. Les jeunes sont admis quelle que soit leur origine, notamment confessionnelle ou sociale, dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement prévues par la loi, conformément au principe de non-discrimination figurant à l'article 1 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie<sup>2</sup>.

L'association gestionnaire de l'IME est née en 1912 à Saint Pétersbourg pour soutenir les communautés juives dont le sort et les conditions de vie étaient très difficiles. Elle a accompagné les Juifs dans les épreuves et vicissitudes qu'ils ont subies au cours du XX<sup>ème</sup> siècle. À présent, elle œuvre dans le champ de la protection de la jeunesse, du handicap, de la vieillesse et de la santé.

#### **b. Une équipe pluridisciplinaire**

L'IME emploie des professionnels qualifiés dans divers domaines, répartis sur les trois étages et le rez-de-chaussée. Certains, comme ceux de l'équipe paramédicale, centralisés au premier étage, peuvent être amenés à naviguer entre les différents étages.

L'équipe de direction est composée d'un directeur et d'une chef de service éducatif, au service des missions de l'établissement.

L'équipe éducative, en contact permanent avec les jeunes, met en place des actions éducatives qui soutiennent le projet individuel de chacun, établi à leur entrée et révisé régulièrement, ainsi que les projets collectifs. Elle est constituée de six moniteurs éducateurs, douze aides médico-psychologiques, sept aides-soignants et six aides de vie quotidienne (dont quatre en renfort). À l'internat, les équipes de jours exercent leur travail en alternance sur deux roulements de 7h00 à 14h00 et de 14h00 à 21h00. L'équipe de nuit est composée de trois aides-soignants qui exercent leur travail en binôme de 20h50 à 7h10.

---

<sup>1</sup> Le terme « jeune » employé dans ce mémoire désigne les enfants et adolescents accueillis à l'IME

<sup>2</sup> Cf. *infra*, Annexe I p. II

L'équipe médicale comporte un médecin neuropédiatre, un médecin de rééducation et réadaptation fonctionnelle, un médecin psychiatre et une psychologue, aux compétences complémentaires.

L'équipe paramédicale s'articule entre deux infirmières, une psychomotricienne, une ergothérapeute, une kinésithérapeute, une orthophoniste et une enseignante.

L'équipe administrative nécessite une secrétaire de direction, une secrétaire médicale, une comptable, une assistante sociale, des agents d'accueil, administratifs et de sécurité.

Les services généraux et les services techniques sont assurés par une maîtresse de maison, des agents de service intérieur, une lingère et un agent de maintenance.

Un travail transdisciplinaire, mettant à contribution les parents est indispensable et enrichissant pour chacun, à partir des compétences de l'autre.

### **c. Fonctionnement de l'établissement**

Du lundi au vendredi l'établissement accueille vingt-deux jeunes en externat de 9h00 à 16h00 et dix-neuf en internat. Pour les externes, des transports collectifs assurent les déplacements entre leur domicile et l'institut, matin et soir. Les enfants déjeunent chaque midi avec leur groupe respectif.

Au sein de l'établissement, les groupes se constituent d'environ six jeunes et cinq professionnels éducateurs, définis en fonction de leur âge et leur projet individualisé : trois groupes d'internes aux 3<sup>ème</sup> et 2<sup>ème</sup> étage ; trois groupes d'externes au 1<sup>er</sup> étage et au rez-de-chaussée.

L'orientation vers l'établissement peut être souhaitée par les familles ou des institutions, mais la notification est prononcée par la CDAPH. Les dossiers médicaux sont examinés par les professionnels de santé de l'établissement qui valident la conformité de l'orientation. Ensuite, une consultation médicale est proposée au jeune et à sa famille, ainsi qu'un premier entretien avec le directeur, la chef de service éducatif et la psychologue. Son admission définitive est décidée à l'issue de ces rencontres et en concertation au sein de la commission d'admission. Dès son arrivée, s'ouvre la période d'évaluation en vue d'établir son projet individuel.

Divers ateliers thématiques, interprofessionnels, à visés thérapeutiques sont proposés aux jeunes, au sein de l'établissement ou à l'extérieur, en considération des objectifs poursuivis dans leur projet et par groupe d'affinités : contes, relaxation, judo, jardinage, piscine, danse thérapie, jeux symboliques, etc.

Après cette brève présentation de l'institution, abordons maintenant la place spécifique de la psychomotricité dans la prise en charge des jeunes.

## **2. La place spécifique de la psychomotricité dans l'institution**

La psychomotricienne est employée à mi-temps dans l'établissement. Une salle spacieuse avec du matériel varié lui est dédiée au premier étage.

### **a. Les prescriptions**

Les prescriptions de psychomotricité sont principalement posées par le médecin psychiatre ou le médecin de rééducation et réadaptation fonctionnelle. Elles peuvent aussi être définies par la psychomotricienne, à la suite d'une observation écologique<sup>3</sup> ou d'une observation qualitative<sup>4</sup> en salle de psychomotricité, à l'entrée du jeune à l'IME et exposant la nécessité d'un accompagnement en psychomotricité. Des demandes peuvent également être adressées par d'autres professionnels. Elles sont alors discutées lors de réunions institutionnelles et soumises à l'avis de l'équipe.

### **b. Les axes thérapeutiques**

Un bilan psychomoteur qualitatif<sup>5</sup> est réalisé systématiquement, dès la prescription d'une prise en charge en psychomotricité. Il est un outil diagnostique qui permet d'établir les bases du projet thérapeutique. Il offre une image globale du jeune et permet de comprendre ses besoins.

Cette première rencontre est importante et peut avoir une véritable valeur thérapeutique, dans la mesure où elle permet de construire les prémices d'un lien, d'un engagement relationnel dans une future alliance thérapeutique, qui va accompagner, étayer le jeune dans une dynamique d'évolution. La première rencontre offre la possibilité d'établir un premier contact, d'introduire et de présenter la psychomotricité, de commencer à construire une relation de confiance avec le jeune.

Le projet thérapeutique détermine le cadre du dispositif thérapeutique (lieu, durée et fréquence des séances), les axes thérapeutiques et les médiateurs choisis. Chaque séance

---

<sup>3</sup> Observation des relations d'un être vivant au sein des milieux où il vit, et des interactions qu'il entretient avec eux. Ici, il s'agit principalement des différents espaces de son unité de vie.

<sup>4</sup> L'utilisation de bilans standardisés et étalonnés n'étant pas réalisable auprès de ces jeunes, il s'agit d'une évaluation principalement basée sur des observations et mises en situation.

<sup>5</sup> *Idem supra*. Néanmoins, le bilan se veut être plus complet et évaluer un maximum d'items psychomoteurs (tel que le tonus, les coordinations, la latéralité, etc.), dans différentes situations.

dure environ quarante-cinq minutes, mais peut varier afin d'être au plus près des besoins du jeune, de sa fatigabilité et proposer l'accompagnement le plus ajusté possible.

Le projet thérapeutique correspond à la mise en place d'un projet de soins personnalisé, à la suite de l'évaluation des capacités, des difficultés et des besoins du jeune. Si le jeune n'est pas en mesure d'exprimer ses attentes lui-même, comme c'est le cas pour le plus grand nombre, celles des parents sont recueillies. Ce projet est présenté et discuté en réunion d'équipes pluridisciplinaire. Le résumé du compte rendu du bilan psychomoteur est ajouté dans le dossier numérique du patient, afin que les divers professionnels médicaux, éducatifs et paramédicaux puissent en prendre connaissance.

Les axes thérapeutiques, directions à emprunter selon les spécificités du projet du jeune, s'étayent sur différents niveaux d'intervention psychomotrice comme : les atteintes réelles du corps (fonctions cognitives, schéma corporel, tonus, équilibre, motricité), les troubles de l'image du corps, de la conscience du corps, les angoisses archaïques qui viennent questionner les interactions précoces ou le processus de séparation-individuation, où des éléments n'ont pas pu s'élaborer, les moyens de communication et d'autres spécificités propres à chacun. Ils peuvent chercher aussi l'élaboration d'une unité corporelle, l'intégration de limites et de repères internes à partir d'expériences sensori-motrices. La perspective visée est d'accompagner le jeune à être au monde, dans une relation à l'autre, en tant que sujet désirant.

### **c. Des prises en charges individuelles ou groupales**

Concernant le déroulement des prises en charge, divers médiateurs peuvent être utilisés. Tout d'abord, il est possible de s'appuyer sur du petit matériel comme des bâtons, des sacs lestés, des physioball, des ballons, des petites balles, des balles à picots, des tissus, des jeux sonores, musicaux ou vibrants offrant une stimulation sensorielle, des possibilités d'explorations sensori-motrices et d'interaction dans une relation thérapeutique.

Différentes médiations sont pratiquées tel le toucher thérapeutique, le jeu, la balnéothérapie, la musique et d'autres encore.

Les choix des médiateurs et des médiations utilisés correspondent aux objectifs du projet thérapeutique. Ils peuvent évoluer tout au long de la prise en charge, selon les désirs et les besoins des jeunes. C'est en cela également qu'il est acteur de son projet thérapeutique et de son suivi. Selon les choix, ils peuvent s'adresser aux troubles de l'image du corps ou de l'intégration du schéma corporel, en stimulant par exemple la conscience corporelle. Mais aussi aux douleurs chroniques, aux douleurs neuropathiques, aux troubles de la régulation émotionnelle, aux troubles de l'intégration sensorielle, de la sensibilité, au stress, aux angoisses, aux spasmes, aux spasticités. Ils visent également, pour certains, à améliorer la

mobilité, l'adaptation et l'ajustement des mouvements, les coordinations, les déplacements, l'investissement corporel de manière globale, harmonieuse, agréable et positive, l'investissement de l'espace, la régulation tonique, l'équilibre, la confiance en soi et ses appuis.

Des prises en charge en co-thérapie, avec la kinésithérapeute ou l'orthophoniste, sont proposées notamment pour les prises en charges groupales, comme les groupes Relaxation, Arts plastiques. Un groupe de Danse thérapie est également construit, en co-thérapie avec une danse thérapeute, intervenante extérieure.

Des notes personnelles sont prises quotidiennement. La reprise du déroulement de la prise en charge se fait en équipe, lors des réunions réunissant les équipes paramédicale et médicale. Elles sont aussi souvent échangées de manière informelle avec les autres professionnels concernés par le jeune, notamment au retour sur le groupe, afin que le suivi soit le plus pertinent possible.

### **3. Le jour de mon arrivée**

Les murs attirent d'emblée mon regard. Ils sont recouverts de photos, de coloriages, de peintures, de couleurs vives et variées, desquels se dégage une atmosphère chaleureuse. Des cris, des rires et des musiques s'échappent des portes fermées, conférant une ambiance familiale au lieu. Je ne croise que peu de personnes dans le couloir, avant de rejoindre la salle de psychomotricité. La psychomotricienne me propose de faire le tour de toutes les unités de vie pour me présenter et rencontrer tous les jeunes et professionnels de l'institut.

Non sans une excitation mêlée à une certaine appréhension, le moment est venu de découvrir ce qu'il se cache derrière ces mystérieuses portes, renfermant un monde nourrissant mon imaginaire de curiosité. Je franchis le pas de la porte. Un rayon de soleil traverse toute la pièce, désireux de vouloir s'accroître pour envelopper l'espace de sa douce toison dorée. Je m'avance. Deux grands canapés d'apparence généreusement moelleux sont disposés face à face, des chaises et une grande table centrale, rendent le lieu accueillant. Une dizaine de personnes sont là, des enfants, des adolescents et des adultes, chacun semblant occupé à sa tâche. J'ai presque envie de m'installer avec eux autour de cette table conviviale. Si certains sont occupés à prendre leur petit déjeuner accompagnés d'un adulte, d'autres terminent tranquillement leur nuit sur le canapé ou dans leur fauteuil, font de la peinture ou des jeux d'encastrement. Un autre est assis en face de la baie vitrée, le regard tourné vers l'extérieur. Il se balance tout en faisant inlassablement tourner un bout de tissu, tout près de son visage. En fond sonore, une musique aux percussions dynamiques enveloppe l'atmosphère d'un rythme entraînant donnant envie de danser. Si le temps semble figé pour

certain, il n'en demeure pas moins que pour d'autres il paraît tant lent un instant, qu'accélééré la seconde suivante, par des mouvements, des vocalises ou des cris explosifs. Je me présente.

Tout d'un coup je m'aperçois de la présence d'un jeune garçon sur ma gauche. Il est très proche de moi. Il n'était pas là, il y a quelques secondes. Je m'aperçois qu'une place s'est libérée sur le canapé. Je n'ai pas le temps de m'orienter vers lui pour le saluer, qu'il a saisi mon bras de sa main aux doigts courts mais trapus. Il me tient fermement. Je suis très surprise de cette vivacité à laquelle je ne m'attendais nullement. Je lui signifie mon étonnement, mais il me serre de plus en plus. Mes mots semblent, pour lui, flotter dans l'air, ne parvenant à trouver une signification. Il se rapproche, son visage est à quelques centimètres du mien. Je sens une certaine inquiétude m'envahir. Une brusque sensation de chaleur me submerge. Mon estomac se noue, ma gorge se serre. J'essaie de me convaincre qu'il n'y a rien à craindre, qu'il s'agit peut-être de sa manière de me saluer. Au fond, je ne le connais pas. Ses grands yeux noirs me fixent. Je ne parviens pas à identifier le sens de cette approche. Alors que nous échangeons de manière enrichissante, une monitrice éducatrice me prévient subitement de faire attention. Ce jeune a pour coutume de griffer ou pincer très fort. Il relâche son emprise et repart aussi vite qu'il est arrivé. Je me rends compte qu'il a marqué cette rencontre de traces d'implantation d'ongles, visibles à la surface de ma peau. Déconcertée, je comprends instantanément que le langage verbal ou les gestes sociaux habituellement employés ne seront pas les moyens privilégiés pour entrer en relation et communiquer. Mais, en substance, qu'est-ce que le polyhandicap ?

#### **4. Appréhension du polyhandicap**

##### **a. Définition du polyhandicap**

Le terme de « polyhandicap » a vu le jour pour la première fois en 1969, dans un écrit du docteur E. Zucman.

En France, le polyhandicap fait partie des paralysies cérébrales, atteintes motrices issues du système nerveux central, tout comme l'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC) et l'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC). Il représente la forme la plus sévère.

L'histoire des définitions de ce terme est riche et mouvante, du fait de la grande diversité des réalités cliniques réunies sous cette expression, mais n'est pas l'objet de cet écrit. Par souci de clarté pour mes propos à venir, je prends donc le parti de vous exposer la définition du polyhandicap qui à mon sens est la plus pertinente, complète, féconde et représentative des jeunes que j'ai rencontrés :

*« Le polyhandicap est une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficience*

*motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit là d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique. La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en œuvre de son projet de vie, le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles, l'ensemble concourant à l'exercice d'autonomies optimales.* » (définition adoptée par le conseil d'administration du groupe Polyhandicap France, 2002)

La personne atteinte de polyhandicap est par définition un être humain. Elle se trouve dépendante de son environnement dans une majorité des actes de la vie quotidienne, du fait d'atteintes neuromotrices, cognitives, relationnelles et sensorielles. Ainsi, la perception, la relation au monde, qu'il soit humain ou non, sont impactées et s'expriment souvent sous un caractère plus archaïque.

Si le polyhandicap est toujours rapporté à une atteinte cérébrale définitive, les causes précises restent inconnues dans près d'un tiers des cas, le plus souvent pré ou péri-natales, mais aussi acquises, ou liées à des affections progressives, maladies métaboliques ou dégénératives. Il est le fait « *des conséquences cérébrales graves de troubles du développement ou de maladies du cerveau survenues durant la grossesse. Il peut être aussi la conséquence de maladies ou de traumatismes cérébraux survenus dans les premières années de vie post-natale.* » (Vallée, 2010, p. VII)

#### **b. Immaturité du système perceptif**

Au-delà d'une défaillance des organes en tant que telle, certes fréquente, le déficit des récepteurs sensoriels concerne principalement l'intégration et le traitement des informations. Il s'agit principalement de troubles de la perception auditive et visuelle. C. Bonnet définit la perception comme « *la capacité qui permet à un organisme de guider ses actions et de connaître son environnement sur la base des informations fournies par ses sens* » (Bonnet, 1998, p. 231). Une partie du processus d'intégration sensorielle, base de la perception de soi et soubassement de toute possibilité d'actions sur le monde, étant perturbée, il convient ainsi d'atténuer le plus possible ces atteintes, car elles se répercutent sur les interactions avec le milieu environnant. Il est important de réfléchir à la nécessité d'un appareillage, en l'introduisant le plus tôt possible afin que l'enfant l'intègre. Avoir des troubles cognitifs et des troubles sensoriels peut se révéler être très déstabilisant dans les repères spatio-temporels, la relation et le quotidien.



Dans les repères temporels, spatiaux, les relations, la gestion des émotions et le quotidien, le défaut d'intégration sensorielle<sup>6</sup> est susceptible d'entraîner des phénomènes de surcharge sensorielle, sujet à fragiliser les capacités d'auto-régulation de la personne. De ce fait, cela peut donner naissance à des « troubles du comportement », des troubles de la relation et des interactions avec les autres. Les troubles de l'intégration sensorielle et des fonctions cognitives nuisent à l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et aux apprentissages. Ces enfants se trouvent dans l'impossibilité d'organiser, de moduler, de prioriser les informations sensorielles pour établir des comportements appropriés et adaptés.

Une hypersensibilité cutanée ou une hypoesthésie peut exister et se répercuter sur les possibilités de perception et de relations avec l'environnement, déjà restreintes.

Selon la « Pyramid of learning »<sup>7</sup> de M-S. Williams et S. Schellenberger, l'intégration neurosensorielle est le processus à la base de la pyramide des apprentissages, permettant le développement sensori-moteur, jusqu'au développement cognitif et comportemental. Or, chez ces jeunes, cette base peut déjà être endommagée, ce qui laisse imaginer toutes les répercussions possibles dans les autres domaines de développement. Dans cette pyramide, nous pouvons aussi voir l'importance du socle des systèmes : proprioceptif, tactile et vestibulaire. Dans la situation de polyhandicap, l'atteinte de la proprioception, de la perception des facteurs extérieurs et des flux sensoriels, une sensation de non-équilibre peut conduire à un sentiment d'insécurité et ainsi développer de l'anxiété. De plus, l'altération neurosensorielle et l'immaturité neurologique de ces jeunes entraînent des perceptions et représentations corporelles précaires.

Le jeune en situation de polyhandicap présente diverses atteintes organiques responsables de phénomènes douloureux dont il a peu de possibilités de nous communiquer. La prise en charge de la souffrance est primordiale et obligatoire avant toute autre prise en charge, car elle peut bloquer un processus relationnel déjà limité. Respecter et reconnaître ce jeune en tant que personne, requiert au préalable l'identification et la prise en compte de cette douleur.

### **c. Déficit tonique et moteur**

L'atteinte neuromotrice peut être de différentes natures, souvent associées. Elle peut être pyramidale, de type spastique ou flasque, extra-pyramidale (athéto-choréique ou dystonie) ou cérébelleuse telle que l'ataxie cérébelleuse. Elle affecte le mouvement, le tonus, la posture et l'axe corporel. Les troubles de la régulation tonique sont prégnants dès la naissance, limitant le développement de la motricité, demeurant alors désorganisée, d'autant

---

<sup>6</sup> Selon J. Ayres, il s'agit d'un processus neurologique qui organise les sensations reçues du corps et l'environnement. Il permet d'utiliser le corps d'une manière efficace dans cet environnement. Mais aussi dans la relation.

<sup>7</sup> Cf. *infra*, Annexe II p. III

que les réflexes archaïques tendent à subsister. D'importants troubles de la représentation corporelle et de la latéralité sont remarquables.

L'accès à la verticalité, résultant de l'harmonisation entre coordination musculaire et tonus, est également impacté. La marche est ainsi fréquemment inaccessible.

Les troubles toniques, comme la spasticité, induisent des postures pathologiques chez la personne en situation de polyhandicap, pouvant aboutir à des déformations et d'importantes douleurs. Des appareillages ou des interventions chirurgicales sont parfois indispensables afin de les limiter.

Les épilepsies sont très communes chez les personnes atteintes de polyhandicap. Les types de crises sont divers.

#### **d. Déficit d'intégration des repères structurants**

L'atteinte intéresse le plus souvent un trouble cognitif, un trouble de la régulation tonico-émotionnelle et neuropsychologique. Il y a un écart entre une maturité physique et un retard sur le plan cognitif. La déficience intellectuelle, difficilement évaluable de manière précise est établie entre une déficience mentale sévère et profonde. Elle entraîne des difficultés ou impossibilités à se situer dans le temps et dans l'espace, à mémoriser, à raisonner, à corréler des situations entre elles. Un retard massif de toutes les acquisitions est observable.

Le langage verbal est en général absent ou très rudimentaire comme quelques mots ou phonèmes. Néanmoins, des possibilités d'expression des émotions, de relation et de contact avec l'environnement peuvent être appréciées, principalement à travers le corps, des regards, des vocalisations, des mimiques, des postures, le tonus ou des gestes. Elles sont des moyens de communication dans la mesure où elles sont suffisamment intégrées pour être utilisées volontairement, à des fins de relations et ne soient pas parasitées par des réactions neuromotrices, sous corticales, involontaires.

Les personnes en situation de polyhandicap, présentent des perturbations massives du comportement, pouvant se manifester particulièrement par de l'hétéro-agressivité ou de l'auto-agressivité. Cette dimension agressive peut être involontaire du fait notamment des atteintes neuromotrices, des décharges psychomotrices. Ces comportements atypiques peuvent être aussi des moyens d'exprimer un message tel qu'un désaccord, un refus, une douleur, des tensions entre lui et son environnement, qui peuvent parfois aller jusqu'à une agression volontaire dirigée vers autrui.

Ces déficits sont susceptibles de se compenser. Mais, ces atteintes dites primaires peuvent aussi donner lieu à des atteintes secondaires, aggravations causant un surhandicap,

qu'il est primordial d'alléger, afin d'offrir la meilleure qualité de vie possible à ces personnes. Elles sont évolutives et se rapportent notamment aux surcharges orthopédiques, aux troubles de la déglutition, aux manifestations douloureuses, aux troubles du comportement. Si la personne en situation de polyhandicap est fortement entravée dans divers domaines, il n'en demeure pas moins qu'elle développe des alternatives, richesse à repérer et déployer.

## **II. Le corps comme lieu de présence au monde**

Le corps est le premier organe de la relation, que ce soit dès la vie intra-utérine, dans les interactions précoces, la rencontre, etc. Dans cette dernière, il est le premier élément se présentant à l'autre.

*« Habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importantes à laquelle est confronté le bébé dans son développement. Dans sa période dite sensori-motrice, le bébé apprend à habiter son corps, mais il en fait aussi un moyen d'action sur son milieu humain et physique. »* (Bullinger, 2004, p. 151). Si cette construction peut paraître de prime abord, banale ou naturelle car se produisant de génération en génération, elle ne va pas toujours de soi et peut se révéler semée d'obstacles à franchir.

Il existe un développement dont nous connaissons les caractéristiques, mais il s'agit ici de s'intéresser davantage aux embûches constituées par les déficits et atteintes dans les situations de polyhandicap. Il est à mon sens, important de les identifier et de les avoir en tête afin de pouvoir comprendre de manière ajustée, l'impact qu'elles peuvent avoir dans la relation à l'autre et donc dans les relations avec les autres jeunes sur les groupes, les membres de l'équipe et nous en tant que psychomotricien. Mais aussi de saisir plus clairement les enjeux qui se cachent derrière les manifestations corporelles. Cela influera notamment le positionnement et l'accompagnement thérapeutique, avec des propositions corporelles et relationnelles adaptées, où la question de la distance relationnelle se révèle centrale.

Le répertoire communicationnel, les gestes interpersonnels reposent sur un ensemble de règles, de codes sociaux et culturels inconsciemment intégrés. Ainsi, ils influencent inéluctablement notre motricité et l'interprétation que nous en faisons. De plus, la communication entre le sujet et son environnement a besoin de la fonction motrice pour s'exercer et d'une certaine maîtrise des coordinations pour effectuer ou réfréner un geste. Qu'en est-il lorsque la fonction motrice est altérée ?

## 1. Polyhandicap et relation

### a. Perturbations dans la boucle des interactions précoces

L'annonce du diagnostic de polyhandicap, remet en cause toutes les projections des parents. Il est nécessaire qu'ils parviennent à élaborer un deuil de l'enfant « rêvé », afin de créer, malgré les difficultés, une relation « extra-ordinaire » et répondre aux besoins physiologiques et affectifs de leur enfant.

Les premières expériences d'interaction s'établissent dans les soins portés à l'enfant. « *Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre* » (De Ajuriaguerra, 1962). Incapable de survivre seul, le nourrisson est dépendant des soins maternels qui lui permettent ainsi de vivre et se développer. Ils reposent sur l'empathie de la mère et sa façon de percevoir de manière juste ce qui le concerne. La « mère » est à comprendre au sens winnicottien : « mère-environnement ». Selon Winnicott, une mère suffisamment bonne se caractérise par un *holding* et un *handling* adéquat, dans un effort d'ajustement. Il s'agit d'un portage, tant physique que psychique, répondant aux besoins physiologiques, corporels et affectifs de l'enfant, les soins et la manière dont la mère le manipule. Il est l'inscription intime de l'enfant vers l'autre, l'inscription dans une relation. « *L'amour que la mère porte à son enfant et son identification étroite avec lui font percevoir ses besoins au point qu'elle lui offre quelque chose à peu près au bon moment et à l'endroit voulu.* » (Winnicott, 2011, p. 84). Un questionnement peut émerger de cette phrase : la difficulté possible d'identification à l'enfant, notamment porteur de handicap, au fonctionnement différent, peut-elle parfois conduire à l'émergence d'un défaut d'adaptation active de la part de l'environnement dès le début de la vie ? Cette difficulté perdure par la suite. Les soignants peuvent également être sujet à ce phénomène. Répondre à ces besoins est d'autant plus complexe quand l'enfant est en situation de polyhandicap, où décrypter les émotions, les manifestations corporelles et les variations de comportements sont particulièrement difficiles, car colorées par les diverses atteintes exposées précédemment. Ces jeunes demandent beaucoup plus de travail, d'efforts, d'indulgence, une présence et une attention continue, ce qui ne manque pas d'éveiller de l'épuisement, parfois même de l'agressivité, et perturber la « bonne adaptation » des soignants.

Dans la continuité des travaux d'H. Wallon, J. De Ajuriaguerra a conceptualisé le « dialogue tonique », qualifié de dialogue tonico-émotionnel par d'autres auteurs, qui est la première modalité de communication entre la mère et son enfant, via le *holding*. Il est : « *une interaction entre le bébé et la personne qui le porte. Dans cette situation les échanges physiques, sollicitant divers flux [...], entraînent une modulation tonique qui est ressentie par l'enfant et partagée par l'adulte qui agit et donne sens à ces variations.* » (Bullinger, 2004, p. 36). Il est présent tout au long de la vie. Ces premières interactions soutiennent la sensation de l'unité du corps dans les bras de la mère. C'est dans la relation à l'autre que peut naître la

conscience de soi, d'autrui et du monde. Or chez l'enfant en situation de polyhandicap, les troubles toniques peuvent générer des portages difficiles, inadéquats, entraver l'accordage tonique entre la mère et son enfant, mais aussi potentiellement entraîner un dialogue tonico-émotionnel défailant.

Le regard de l'adulte est un miroir qui aide l'enfant à s'unifier : « *le regard que porte un parent sur son enfant participe à la fondation de son sentiment d'exister, de sa confiance en lui et en la vie* » (Bornancin Tomasella, 2011, p. 52). Les premiers échanges se réalisent via les réajustements corporels, mais aussi le regard, la prosodie de la voix, le toucher, les mimiques, les odeurs. Ils sont une transmission émotionnelle et sensorielle primaire. Ces interactions entre la mère et son enfant doivent permettre d'installer ce que G. Haag a qualifié de « boucle de retour » (Cf. Figure 1). Cette métaphore illustre la réciprocité de l'échange entre le vécu corporel de l'un et de l'autre. La mère traduit, symbolise, subjective les manifestations auditives, visuelles ou toniques qu'elle perçoit de son enfant, en y répondant avec suffisamment de « même et un peu de différent », afin qu'il se sente exister mais également qu'il sente exister l'autre dans l'échange, différencié de lui. De plus, c'est dans son discours et parce que l'autre reconnaît notre existence, qu'il nous permet d'exister. Or, le décodage de ces manifestations peut se révéler très énigmatique face à un enfant en situation de polyhandicap. Un enfant qui ne peut répondre, être acteur de ces échanges, a un effet déstructurant pour la mère et dévastateur dans les interactions de cette boucle de retour. Lorsqu'il ne peut être agissant, exprimer son accord ou son désaccord dans cette interaction, il maintient la mère dans le désarroi, le doute permanent en ne la confortant pas dans ses hypothèses. L'accompagnement est donc plus difficile et l'accès à un savoir sur l'enfant se révèle plus lent. Ce phénomène est analogue pour les soignants. Ils doivent accepter de prendre des initiatives sans avoir beaucoup de retours sur l'adaptation de cette prise de décision. Cette incertitude peut se révéler très déstructurante. Comme je l'ai évoqué précédemment, chaque être humain a besoin d'un autre pour se sentir exister. Or, le parent ou le soignant, dans cette relation avec l'enfant en situation de polyhandicap, a peu de signes de l'effet de sa présence. Se sent-il exister et reconnue ?

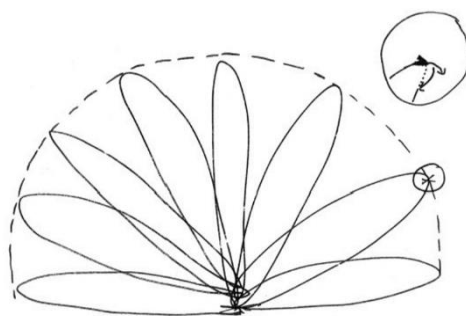


Figure 1. Boucle de retour, d'après G. Haag

« *La posture est déterminante pour faciliter le regard qui induit l'attitude et les réactions de l'entourage.* » (Crunelle, 2010, p. 46). Si son regard interpelle, l'enfant est d'autant plus considéré comme un partenaire de la communication, acteur dans la relation et l'adulte s'adresse directement à lui. Or, dans la situation de polyhandicap, les troubles induisent des postures entravant l'interaction.

Il est important que les soins soient accompagnés verbalement afin de prévenir l'enfant et le reconnaître comme personne, partenaire de l'échange. La voix de l'adulte se teinte d'une mélodie harmonieuse, offrant ainsi une enveloppe contenant et apaisante. La communication verbale, avec un enfant en situation de polyhandicap, est comme mutilée en ne parlant pas, plus, insuffisamment ou mal à l'enfant, étant donné que pour pouvoir parler de manière juste il est nécessaire de comprendre ce que l'enfant saisit. Les parents et l'enfant se retrouvent dans un cercle vicieux relationnel qui peut provoquer des « désynchronisations interactionnelles » (Montagner, 2012), qui entrave la communication par manque de clés de compréhension communes. Ce décodage nécessite du temps, de nombreux échanges et observations.

L'enfant a besoin de nourriture affective, relationnelle afin d'éprouver une sécurité émotionnelle. Si le bébé se régule au départ par des décharges motrices, puis par la régulation de son tonus, la mère le protège aussi des stimulations extérieures, qui pourraient le submerger, en les régulant, les contenant et leurs donnant du sens. Elle apaise aussi les tensions éveillées par ses besoins internes et lui procure des stimulations corporelles précoces qui viendront étayer son développement perceptif et affectif. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les difficultés rencontrées dans les interactions précoces peuvent conduire à une défaillance dans la construction de cette fonction pare-excitatrice<sup>8</sup> maternelle décrite par S. Freud. Cela a pour effet d'engendrer d'importantes angoisses chez l'enfant. Auxquelles peuvent se surajouter, comme je l'ai spécifié plus haut, des complications dans la gestion des flux sensoriels<sup>9</sup> et la régulation de ses états émotionnels, difficilement communicables du fait des limitations dans les capacités de représentations et de langage.

L'équilibre sensori-tonique défini comme l' « *état interne de l'organisme qui permet de recevoir sans désorganisation les signaux issus de l'extérieur* » (Wallon, 1949), de ces enfants est très fragile. Cet équilibre favorise un développement harmonieux des interactions entre le sujet et son environnement. Dans cette perspective A. Bullinger propose le concept d'« équilibre tonico-sensori-moteur » visant à organiser les frontières entre l'enfant et son milieu tant biologique, physique qu'humain. Il dépend de l'intégrité des systèmes sensori-moteurs qui permet de traiter les signaux des flux sensoriels, l'environnement physique qui

---

<sup>8</sup> Fonction qui consiste à protéger l'organisme contre les excitations du monde extérieur qui pourraient le désorganiser.

<sup>9</sup> « *ensemble de signaux continus et orientés qui sollicitent les systèmes sensoriels archaïques* », (Bullinger, 2004, p. 152).

nécessite une cohérence entre le milieu et les flux sensoriels, et le soutien par le milieu humain à travers le dialogue tonico-émotionnel notamment, créant ainsi une surface d'équilibre qui garantit le sentiment d'exister (Cf. Figure 2). Plus la surface d'équilibre est large, plus il y a de la stabilité, ainsi plus l'intégration des sensations peut se faire de manière sereine et des stimulations de plus en plus importantes sont alors assimilées.

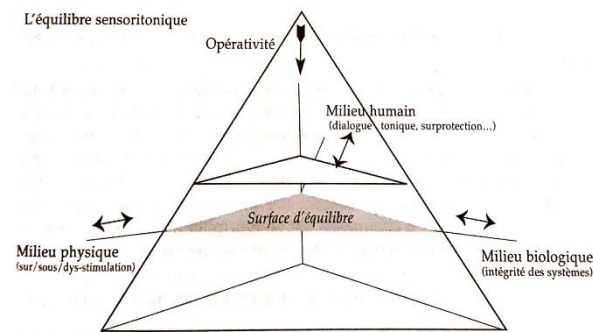


Figure 2. Composantes de l'équilibre sensori-tonique, d'après A. Bullinger (2011, p. 157)

Les expériences corporelles précoces structurent le psychisme de l'enfant. Pour l'enfant en situation de polyhandicap, les diverses atteintes décrites précédemment entraînent des expériences sensori-motrices pauvres et des difficultés d'intégration des flux sensoriels. De ce fait les conduites d'explorations et l'accès aux représentations se trouvent limités. Ainsi, en référence à l'équilibre tonico-sensori-moteur, les milieux biologique et physique pouvant être affectés, c'est dans le milieu humain que ces enfants doivent trouver un point d'appui pour suppléer à ces déficits.

### **b. Construction du Moi et conscience du sentiment de soi**

Avant d'aborder le développement du Moi et ses particularités dans le polyhandicap, il est nécessaire de pouvoir aborder la notion de contenance.

D. W. Winnicott est l'un des premiers à introduire la fonction de contenance avec le *holding* et le *handling*, présents au sein des soins maternels, comme nous venons de le considérer. Le *holding* permet à l'enfant de se sentir comme une unité, différenciée de celle de la mère et de construire progressivement un sentiment de continuité d'existence. Par diverses voies, l'unité du psychisme de l'individu (Cf. Figure 3) s'organise d'abord à certains moments (b), et ensuite, s'intègre pendant des périodes de temps plus ou moins longues (c) (Winnicott, 2011, p. 91). Elle favorise le sentiment de sécurité de base, le sentiment de continuité d'existence de l'enfant et la constitution des limites du Moi. C'est ce qu'il nomme « l'état d'unité ». Lorsqu'il y a une carence dans les soins maternels, la faiblesse du Moi de l'enfant devient perceptible.

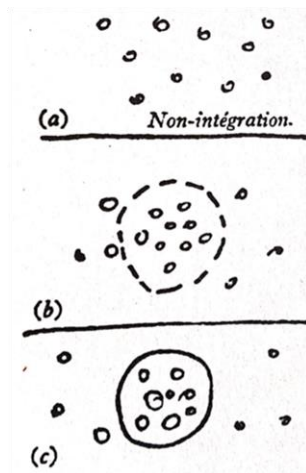


Figure 3. Organisation graduelle des noyaux du Moi, d'après D.W. Winnicott (2011, p. 91)

Freud propose : « *le moi est avant tout corporel* » (Freud, 1923, p. 270) et précise en note de bas de page « *le moi est finalement dérivé des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps.* » (Freud, 1923, p. 270 note 1). Ainsi, les mécanismes psychiques s'étayeraient à partir d'un appui corporel.

À partir de ce principe, le Moi-peau conceptualisé par D. Anzieu trouve un sens et une résonance particulière. Il constitue pour lui, une interface entre le Moi psychique et le Moi corporel de l'enfant. Il le définit comme « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* » (Anzieu, 1995, p. 39). Neuf fonctions du Moi-peau sont décrites dans ses travaux : fonction de maintenance, fonction de contenance, fonction de pare-excitation, fonction d'individuation, fonction d'intersensorialité, fonction de soutien de l'excitation sexuelle, fonction de recharge libidinale, fonction d'inscription des traces sensorielles. Il a aussi décrit une fonction négative d'autodestruction, d'attaque des liens, qu'il a ensuite retiré de la liste.

La fonction de contenance qui intéresse mon propos pourrait se définir comme « *un processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle* » (Houzel, 2000, p. 31). Ce qui signifie que le contenant, ici la peau, stabilise les éléments agitant et pouvant jusqu'à envahir le psychisme.

L'intégration des sensations corporelles, par la peau comme surface, à travers le holding, les soins maternels, permet alors de créer une limite corporelle entre le dedans et le dehors. Première membrane du corps, la peau est ainsi la limite entre soi et l'autre, non pas dans un sens d'opposition mais d'enveloppe psychocorporelle, dans la mesure où elle forme comme une enveloppe protectrice qui unifie la personne, tout en la séparant des autres. À partir de là, l'enfant pourra avoir une représentation unifiée de son corps, un sentiment



d'intégrité de l'enveloppe. Limités dans leurs mouvements et leurs expériences, les jeunes en situation de polyhandicap ne perçoivent parfois que partiellement leur corps, par le biais possible de la douleur, de soins spécifiques sur une partie de leur corps ou perceptible par la vue. Il est ainsi probable qu'ils n'aient pas une perception de l'unité de leur corps, d'un soi unifié. Nous sommes dans une problématique des enveloppes corporelles. « *Le sentiment conscient d'avoir une identité personnelle est basé sur deux observations simultanées : la perception de l'unité de soi et de la continuité de sa propre existence dans le temps et l'espace, et la perception du fait que les autres reconnaissent son unité et sa continuité.* » (Erikson, 1968, p. 50)

Selon A. R. Damasio, deux entités édifient la conscience : « la conscience noyau » et « la conscience étendue » (R. Damasio, 1999). La conscience noyau est un niveau de conscience très bas, source du « Soi central » qui n'est pas autobiographique et régit uniquement ce qui se passe dans l'ici et maintenant. Présente de manière constante tout au long de la vie, elle est indépendante des fonctions cognitives. Elle pourrait rejoindre « l'image de base » de F. Dolto. Or, nous avons besoin de nous inscrire dans une continuité entre le passé, le présent et l'avenir, afin de nous représenter, se projeter dans le temps et l'espace, dans une multitude de situation. Cette capacité est permise par la conscience étendue, d'où émerge un « Soi autobiographique », soutenant l'identité. C'est sur ces deux niveaux de conscience que s'étaye le sentiment de soi. Or, les personnes en situation de polyhandicap n'ont pas accès à un niveau de permanence, elles ont des discontinuités parfois très importantes. Leur niveau de conscience est fugace et alterne entre un éveil au niveau de la conscience dans certaines situations et une disparition de cette conscience dans d'autres. Elles ne peuvent alors approcher qu'un niveau de conscience noyau qui leur consent un sentiment de soi relatif à un moment donné.

Le sentiment de continuité d'existence est une « *sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours "le même"* » (Pireyre, 2011, p. 55). Il permet à la personne, malgré les variations internes ou externes, de percevoir une certaine intégrité, une cohérence de lui, une unité stable du Moi, afin de lutter contre les angoisses menaçantes. Les diverses atteintes dans la situation de polyhandicap affectent la possibilité de se sentir soi-même, de se représenter, de se penser et le sentiment d'exister, soubassement de l'identité.

C'est à travers ses interactions avec l'environnement et ses expériences corporelles, sensorielles et motrices que l'enfant construit progressivement une enveloppe psychocorporelle contenant, éclairant une différenciation corporelle et psychique entre le Moi et le non-Moi. Les enfants en situation de polyhandicap ont des moyens d'action, sur leur milieu, restreints. Ils ne peuvent vivre ou intégrer que peu d'expériences sensori-motrices. Les états corporels au processus d'individuation sont donc fragiles. Il est ainsi bénéfique pour eux

de leur permettre de pouvoir faire des expériences atypiques et sensori-motrices qu'ils ne pourraient vivre d'eux-mêmes. Il est parfois indispensable de les soutenir, les porter. La question du corps-à-corps est très présente et proportionnelle au niveau de leur dépendance.

### **c. Subjectivité et individuation**

À la fin de l'état primitif de fusion à la mère, l'enfant se différencie de l'environnement, il est alors capable d'émettre un signal qui permettra à la mère de répondre à ses besoins, dans un accordage fin. La mère tout d'abord dans une identification projective va petit à petit s'en détacher à mesure que l'enfant a besoin de se différencier. Ce processus se réalise en parallèle du développement de la fonction motrice et de l'acquisition des premiers déplacements au sol permettant la différenciation.

Dans les premiers temps de la vie, la mère forme avec son enfant ce que R. Spitz qualifie de dyade. Puis, parce qu'il est en sécurité, l'enfant a moins besoin de contacts physiques permanents, la mère introduit alors une discontinuité supportable et l'enfant peut se séparer petit à petit. Il évolue de la dépendance absolue, à la dépendance relative à l'indépendance. L'enfant devient acteur de sa propre existence.

La « naissance psychologique » (Mahler et al., 1990) est un processus de séparation-individuation qui permet l'émergence progressive du sentiment d'exister comme un être individualisé. Elle ne correspond pas à la naissance dite biologique, malgré la rupture du lien physique entre la mère et son enfant à ce moment précis. La séparation est le décollement de l'état primitif de fusion à la mère. L'individuation est caractérisée par l'acquisition, par l'enfant, de ses propres spécificités, individuelles. Elle suppose la conquête d'une certaine autonomie, d'une liberté dans ses fonctions psychomotrices, en présence de la mère et de sa disponibilité. Ces deux développements sont complémentaires.

Dans la situation de polyhandicap, le processus de séparation-individuation est défaillant. Le jeune reste toujours extrêmement dépendant de son environnement, que ce soit pour répondre aux besoins primaires de base nommés aussi besoins physiologiques<sup>10</sup>, ou compte tenu de leur précarité sur le plan de la maturité affective et psychomotrice. Comment s'autonomiser quand nous avons toujours besoin d'une aide physique pour nous déplacer ? L'adolescent en situation de polyhandicap n'a pas les capacités de mettre des distances. La dépendance peut créer une persistance de la fusion primaire pouvant inférer une surprotection et la persistance de la préoccupation maternelle primaire. Si cette dernière est en échec dans les premiers liens, elle entraîne une symbiose pathologique et une mise en faillite du processus de séparation-individuation.

---

<sup>10</sup> Cf. *infra*, Annexe III p. IV

Or, la subjectivité, au sens de ce qui relève du sujet défini comme un être pensant, existe lorsque la place « subjectale » des uns et des autres se définit. Chacun a son rôle et est un sujet acteur. Cela mène à l'individualisation. L'apprivoisement des fonctions psychomotrices, la capacité à faire seul, la sécurité interne corporelle et psychique sont précieux pour l'accès progressif à la subjectivité, puis à l'individualisation. Elle est ici mise en péril.

La construction de l'enfant en tant sujet est, tel que l'on démontré Winnicott, Anzieu et bien d'autres, un élément essentiel, conséquence de l'attention maternelle indispensable pour la construction de la subjectivité. Celle-ci est loin d'être acquise chez ces jeunes en situation de polyhandicap. Or, entrer en relation et communiquer nécessite la différenciation entre soi et non-soi, et ainsi de pouvoir considérer l'autre dans son altérité.

Se séparer de l'autre, s'individualiser pour créer sa propre enveloppe est une construction développementale complexe, accompagnée en psychomotricité.

## **2. Les manifestations corporelles**

Le statut social de polyhandicapé les enferme dans un carcan, peu propice aux interactions, surprotégés, rejetés ou isolés des autres enfants de leur âge. Ainsi ils ne peuvent bénéficier des différents codes sociaux et règles de communication interpersonnelle comme les postures, les distances sociales. De plus, au cours du développement, les difficultés psychiques, neurologiques et sensori-motrices rencontrées par les jeunes atteints de polyhandicap, peuvent conduire à des troubles psycho-comportementaux, à cause de moyens de communication affaiblis et des troubles de la relation. En effet, l'intégrité sensorielle, motrice et neurologique, nécessaire pour pouvoir être dans l'expression et la compréhension verbale, est atteinte. Le langage oral est ainsi souvent absent ou restreint.

Pour ces jeunes qui n'ont pas toujours acquis le langage verbal, la question de la communication non verbale est alors centrale pour s'exprimer. Le comportement et les manifestations corporelles qui en découlent, dévoilent des indices permettant une lecture des messages transcrits dans leur corps. Néanmoins, il est primordial de distinguer les causes somatiques (faim, soif, douleurs, etc.) et d'être attentif aux causes psychiatriques éventuellement associées, mais aussi aux facteurs liés aux déficits sensoriels, aux facteurs environnementaux, quand nous voulons éclairer de sens ces manifestations et tenter de se rapprocher au plus près de leur signification. Afin de se repérer dans ces manifestations nous pouvons émettre l'hypothèse que si elles ne semblent pas réflexes, elles constituent des messages a priori avérés, jusqu'à preuve du contraire. Comme je l'ai stipulé plus haut, les troubles du comportement peuvent être associés au polyhandicap. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les troubles du comportement comme « *des affections cliniquement*

*significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales.* ». Identifier la situation, l'environnement précis et les événements précédant leur apparition, me paraît essentiel, lorsque l'on veut déterminer si ces manifestations sont « pathologiques » et nous parlerons alors de troubles du comportement ou si elles sont relativement « adaptées » en présence des éléments gravitants autour. En toile de fond de ma réflexion s'esquisse l'interrogation suivante : « *L'état pathologique n'est-il qu'une modification quantitative de l'état normal ?* » (Canguilhem, 2017, p. 10).

« *Chez l'enfant [...] le mouvement est tout ce qui peut témoigner de la vie psychique, et il la traduit tout entière, du moins jusqu'au moment où survient la parole.* » (Wallon, 1959, p. 235). Cela signifierait-il que s'il n'y a pas de mouvement, il n'y a pas de vie psychique ? Si le mouvement est réflexe, involontaire ou bien encore compulsif, témoigne-t-il de la vie psychique de la personne ? Si la parole n'advient pas, le mouvement exprime-t-il encore entièrement la vie psychique ? La vie psychique ne se réduit pas à ce qui est volontaire, il y a de nombreux phénomènes automatiques, involontaires, inconscients. La vie psychique de ces enfants et adolescents présente des particularités, notamment des angoisses, plurifactorielles, qui engendrent des manifestations comportementales, d'autant plus que le langage ne peut servir de relais pour les exprimer. Avant que l'enfant ne puisse avoir accès au langage, il « *n'a pour se faire entendre, que des gestes, c'est-à-dire des mouvements en rapport avec ses besoins, ou son humeur, ainsi qu'avec les situations et qui soient susceptibles de les exprimer.* » (*Ibid. supra.*). Le déficit sur le plan cognitif entrave les possibilités de métaboliser ce qui se passe en eux. Une problématique sociale, des difficultés relationnelles et comportementales surgissent fréquemment. Comment le jeune gère ce qui se passe au niveau de son corps, ses émotions ? Qu'est-ce que cela provoque dans son comportement ?

Je m'appliquerais, dans les parties qui vont suivre, à exposer les différentes manifestations corporelles que j'ai pu rencontrer dans ma clinique, afin d'éclaircir les deux rencontres, marquantes, que j'aborderais plus spécifiquement par la suite.

#### **a. Régulation tonico-émotionnelle**

Le terme tonus découle du grec *tonos* qui signifie « tension ». Il se définit par « *l'état de légère contraction musculaire qui n'aboutit pas au mouvement mais assure la résistance à la pesanteur, qui fixe les articulations dans une position déterminée et donc maintient la posture lors de l'exécution d'un mouvement.* » (Scialom et al., 2011, p. 40).

Toile de fond du mouvement et des postures, le tonus a également un rôle de support des émotions. Ils sont indissociables. Le tonus participe à la communication des états émotionnels par des modulations toniques : « *les émotions sont une formation d'origine*

*posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* » (Wallon, 1949, p. 174). Les émotions sont des sensations physiques correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli affectifs, environnementaux ou psychologiques, par rapport à une situation. L'interprétation de la situation est propre à chacun.

La régulation tonique est la modulation de l'état de contraction des muscles entre les différents niveaux toniques, oscillants entre hypotonie et hypertonie. Les mécanismes neurophysiologiques ne suffisent pas, à eux seuls, à une régulation tonique harmonieuse. Les relations avec l'environnement humain y contribuent de manière significative. C'est également par elles qu'émergent les émotions. Vecteur de la communication infra-verbale, le tonus fait donc le lien entre les émotions et l'environnement humain du sujet au travers du dialogue tonico-émotionnel. « *Les aspects physiologiques du tonus sont en effet indissociables de ses dimensions affectives et relationnelles.* » (Wallon, 1949, p. 174). Le dialogue tonico-émotionnel est « *cette communication où le corps de l'autre ressent immédiatement notre propre état [...] cette capacité de partage avec le milieu est la source essentielle de régulation du tonus.* » (Bullinger, 2004, p. 156). Le tonus traduit l'état tonique qu'elle perçoit de l'autre comme étant la manifestation d'une certaine émotion. Cependant, cette compréhension ne peut jamais être exactement l'état interne de la personne qui manifeste son émotion via son tonus musculaire. De plus, chez les personnes en situation de polyhandicap, l'interprétation des variations toniques comme étant des états de variations de l'état émotionnel de la personne peut se révéler d'autant plus difficile, voire ambigu.

Cette régulation dépend aussi de l'état physique et émotionnel de la personne, engendré par la corrélation de divers facteurs que sont : les états de vigilance en lien avec des agents endogènes comme exogènes, les flux sensoriels (gravitaires, tactiles, visuels, auditifs et tactiles), l'interaction avec le milieu humain par le biais du « dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel » (Bachollet & Marcelli, 2010, p. 15) et les représentations permettant d'anticiper ses ajustements toniques, dernières à se mettre en place.

Pour cela, il est nécessaire d'être suffisamment « cortiqué », c'est-à-dire avoir une certaine facilité de compréhension, du fait d'un développement du cortex efficient. Or, dans la situation de polyhandicap, les atteintes neuromotrices, les difficultés cognitives et de relation entravent l'intégration de ces bases. En lien avec leur trouble de la régulation tonique, d'intégration sensorielle, il en découle que les jeunes présents à l'IME peuvent avoir du mal à gérer leurs émotions. De plus, la porosité de leur limite corporelle et l'immaturation de leur système perceptif ne peuvent offrir un filtre suffisant aux stimulations extérieures comme intérieures. Certains de leurs comportements peuvent apparaître parfois comme aberrants, disproportionnés ou étranges, faute de pouvoir trouver des stratégies adéquates. Il arrive que ces jeunes ne parviennent pas à canaliser, contenir les flux sensoriels et les flux d'excitations trop intenses, chaotiques, voire même menaçants pour eux. Ils envahissent alors tous leurs

secteurs d'activité. Il est possible que la seule résolution qu'ils aient trouvée pour se protéger soit l'agressivité, la constitution d'une carapace tonique telle une armure ou l'isolement, le retrait. « *Dans ces cas-là, toute l'économie de fonctionnement du sujet est entravée, aliénée par le besoin de survivre. Vivre est impossible.* » (Potel, 2015, p. 40)

### **b. Angoisse et agrippement**

Angoisse, du latin *angustia* signifiant « resserrement », se définit par un « *ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs caractérisés par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démuni et totalement impuissant à se défendre.* » (Postel, 2006b, p. 29). Elle peut entraîner divers troubles somatiques et neurovégétatifs : dyspnée, tachycardie, tremblements, diarrhée, constriction épigastrique ou laryngée, etc.

De nombreux auteurs se sont attachés à décrire les différentes angoisses survenant dans le développement de l'enfant, tel que les angoisses de morcellement, de castration, de mort, de destruction.

Les défauts de construction de représentations du corps et du sentiment de continuité d'existence qui en découle, conduisent au surgissement d'angoisses extrêmement fortes et envahissantes, les angoisses archaïques. Elles mettent à mal l'intégrité du Moi et plongent la personne dans une insécurité interne. Face à ses angoisses corporelles dites archaïques, apparaissent divers mécanismes de défense, plus ou moins adaptés, des mécanismes d'allures autistiques, tels que des balancements, se taper la tête contre les murs. Ces mécanismes leur permettent probablement de se sentir vivant, d'éviter de se désorganiser davantage et d'apaiser ces angoisses.

E. Bick décrit deux types d'agrippement apparaissant pour faire face à la défaillance de l'enveloppe psychique. Lorsque l'enfant ne se sent pas contenu, il passe alors par une recherche compulsive de sensations pour retrouver la stabilité perdue. Cette recherche permettrait d'« *obstruer un abîme infranchissable et donner par là un certain degré de stabilité à un psychisme sans cette menace de turbulences et de désorganisation.* » (Houzel, 2010b, p. 21). C'est ce qu'elle appelle les agrippements sensoriels. Cette identification adhésive est nécessaire au développement, mais elle peut devenir problématique, lorsqu'elle « *anéantit toute perception de l'altérité* » (Ciccione, 2012, p. 410), et les possibilités de construction d'une relation. Notamment visible chez les personnes atteintes des troubles du spectre de l'autisme, Zoé et d'autres jeunes de l'IME présentent cette manière d'être au monde.

Le deuxième recours est un auto-agrippement à une fonction physique ou cognitive de la personne elle-même. Cela peut être sa musculature, « *qui conduit chez l'enfant à des états*

*d'hyperactivité ou de gangue musculaire* » (Houzel, 2010a, p. 21), sa sensorialité, la pensée ou le langage. E. Bick propose le terme de seconde peau. Elle a pu observer ce comportement chez des nourrissons qui s'agrippent à une sensation dans le muscle afin de se créer une carapace musculaire, à défaut d'une sensation de contenance.

Ces manifestations corporelles semblent leur permettre de soulager de manière provisoire leurs angoisses en maintenant l'illusion d'un rassemblement.

### **c. Agressivité**

L'agressivité est la « *tendance à attaquer autrui, ou tout objet susceptible de faire obstacle à une satisfaction immédiate.* » (Postel, 2006a, p. 6-9). Elle peut se manifester par des comportements très différents. Le terme agression peut se discerner comme une « *attaque de l'intégrité des fonctions physiques ou mentales de l'individu par un agent externe.* » (« Agression », 2009, p. 52).

Dans une perspective psychanalytique, l'agressivité peut se concevoir comme l'expression des pulsions destructrices (*thanatos*), distinctes des pulsions sexuelles (*éros*).

Pour P. Karli<sup>11</sup>, les comportements agressifs ont deux visées. Soit l'affirmation de soi et la satisfaction de besoins ou de désirs, soit la défense contre ce qui menace l'intégrité physique ou l'équilibre relationnel.

La corrélation des troubles cognitifs et des troubles sensoriels est très déstabilisante. Elle pourrait susciter un sentiment de menace de l'intégrité physique et mettre à mal les relations. Je l'ai mentionné antérieurement, ces jeunes sont enclins à des défauts d'intégration sensorielle. Ceux-ci affaiblissent leur capacité d'auto-régulation et sont en passe de générer ce que l'on pourrait nommer expéditivement des « troubles du comportement », si nous ne nous attachons pas à prendre en compte la dimension sensorielle.

L'agressivité chez ces jeunes en situation de polyhandicap peut traduire, tout autant, l'altération du contrôle émotionnel. Les émotions peuvent être si fortes, envahissant totalement le sujet, dans un débordement émotionnel, qu'elles ne peuvent se résoudre que dans un passage à l'acte teinté d'agressivité : décharge psychomotrice, manifestations corporelles auto-agressives et/ou hétéro-agressives.

Évaluer l'agressivité vise à prévenir la survenue de conduite agressive. Néanmoins, il apparaît indispensable de distinguer les gestes pouvant involontairement être vécus, perçus par l'autre comme agressifs, sans intention de l'être, des gestes volontairement agressifs.

---

<sup>11</sup> Pierre Karli (1926-2016) neurobiologiste français, reconnu internationalement, spécialisé dans le domaine des comportements agressifs.

#### **d. Autostimulation, automutilation et stéréotypies**

La mutilation est une atteinte irréversible ou l'altération de l'intégrité physique du corps. « *L'automutilation [...] représente un cadre psychopathologique localisé dans le temps et dans l'espace du corps qui aboutit à un dommage corporel irréversible du type retranchement d'un membre ou destruction d'un organe* » (Bertagne, 2000, p. 88-89). Certains des jeunes rencontrés peuvent se mordre, se griffer ou bien encore s'enfoncer un doigt dans le nez jusqu'à s'abîmer définitivement les cloisons nasales.

La stimulation est l'augmentation de l'activité de fonctions organiques, physiques ou psychiques par l'action de stimulant, provoquant une certaine excitation. Ces gestes sont autoérotiques. Les autostimulations sont comparables aux procédés d'auto-apaisement, d'autorégulation tonico-émotionnelle, qui permettraient de se sentir unifier. Le jeune s'appuie sur son propre corps, pour se procurer des sensations proprioceptives, à la base du sentiment d'exister.

Le terme stéréotypie signifie la « *répétition inadaptée à la situation, indéfinie, quasi automatique d'une expression verbale, d'un geste, d'une attitude.* » (Postel, 2006c, p. 448). Chez ces jeunes en situation de polyhandicap, les stéréotypies semblent leur permettre de se sentir en vie, sentir leur corps comme leur appartenant. Elles ne sont pas l'exclusivité des personnes atteintes d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Comme nous l'avons remarqué dans la définition du polyhandicap, citée précédemment, des signes de la série autistique peuvent se présenter. En effet, l'OMS caractérise le trouble d'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, parce qu'« *il est démontré que les enfants ayant un retard mental sévère (Q.I. inférieur à 50), associé à une hyperactivité importante et à une perturbation majeure de l'attention, présentent souvent des comportements stéréotypés.* » (Organisation Mondiale de la Santé, 1993, p. 229)

Les stéréotypies sont utilisées, pour pallier ces éléments carencés de la représentation du corps. Tant qu'ils sont dans ces mouvements répétitifs, cela les aide à trouver une forme temporaire d'homéostasie. Elles peuvent servir d'étayage, là où leur capacité de communication ne leur permet pas d'éprouver le sentiment d'exister dans la relation. Ils luttent ainsi contre certaines angoisses corporelles. Elles peuvent se présenter comme des balancements, des rythmies, la recherche de répétition.

L'ensemble de ces manifestations corporelles engendrent des difficultés importantes dans la vie quotidienne, que ce soit pour les parents, pour les équipes ou pour les autres jeunes. Des réponses éducatives ou comportementales tentent d'être apportées, mais restent sans effets notables. Cependant, à mon sens, malgré le caractère parfois violent et compulsif de ces conduites, cela peut mettre en évidence une stratégie pour se sentir, se sentir exister ou une tentative de se rassembler, se réunifier, ressentir et retrouver cette limite corporelle dans une quête sensorielle permanente. Il apparaît alors toute l'importance de discerner les



manifestations volontaires qui sont une forme de communication, des celles automatiques, involontaires répondant à des besoins impérieux comme celui de sentir son corps pour se sentir exister, ne s'adressant à personne. Le mouvement est ici un exutoire à l'angoisse et soutient une tentative de prise de conscience d'une enveloppe corporelle unifiée, par la stimulation de divers flux sensoriels et de la sensibilité profonde, nommé aussi proprioception<sup>12</sup>.

### **III. Témoignage de deux rencontres**

Dans les pages qui vont suivre, ma réflexion se porte sur le témoignage de deux rencontres, reflet de mes interrogations, mes doutes, mes étonnements et mes ajustements. Elles vont feront voyager au cœur de ces deux relations thérapeutiques, en pleine co-construction.

#### **1. Se rencontrer quand la relation ne va pas de soi**

##### **a. Maëlle ou supporter l'agressivité**

*« Le réel c'est quand on se cogne », J. Lacan.*

Maëlle ne veut pas descendre les escaliers. Elle se porte des coups au visage d'une extrême violence, sans manifester le moindre signe de douleur. Je suis extrêmement surprise et ne sais comment réagir. Je me tiens à l'écart, observatrice de cette scène qui se déroule sous mes yeux mais figée, incapable de pensée ou d'agir de n'importe quelle manière. Est-ce cela l'état de sidération ? L'image communément véhiculée des personnes en situation de polyhandicap, certes stéréotypées, ne correspond définitivement pas aux jeunes que je rencontre à l'IME, ou du moins elle n'en représente qu'une partie. Elle se frappe à présent la tête contre le mur. Je me sens prise à témoin de ses automutilations. Les chocs résonnent dans la cage d'escalier et imposent une atmosphère lourde, chargé d'émotions pour chacune d'entre nous.

Mon expérience auprès d'enfants présentant un TSA, depuis deux années, m'a permis de ne pas percevoir ces comportements uniquement comme des troubles du comportement. Désormais, je conçois derrière l'agressivité et la violence qu'ils nous renvoient, une nécessité impérieuse, un besoin pour ces enfants de se rassembler, se sentir exister. Ce n'est donc pas dans leur intérêt de les en empêcher. Cependant, à cet instant je me pose la question de la dangerosité de ces actes.

---

<sup>12</sup> Sensibilité somatique qui renseigne l'organisme sur la position et les mouvements du corps propre grâce à des stimuli internes.

Suivant les conseils de la psychomotricienne, qui la connaît bien plus que moi, je lui propose ma main. Peut-être que descendre les escaliers de cette manière sera plus rassurant pour elle ? Elle met rapidement fin à ses mouvements virulents et saisit ma main. Je suis étonnée. Elle tient ma main droite, je sens sa présence. Elle réalise un premier pas et nous voilà à la marche inférieure, puis un second et nous progressons ainsi dans la descente, à son rythme. Je me surprends même à fredonner une comptine, prise dans l'élan qui nous mène à la salle.

Soudainement, sans que j'eusse le temps de réagir, le dos de ma main percute sa mâchoire inférieure. Que se passe-t-il ? Je n'ai pourtant pas... C'est à présent entre ses dents que se trouve ma main. Endolorie par le choc, je ne ressens pas immédiatement la douleur dans ma main.

Je retire ma main et m'écarte légèrement. Je respire profondément. La douleur est si forte que je ne sens plus ma main. Je me rassure en la regardant. Un chaos m'envahit et se succèdent l'incompréhension, la sidération, la douleur, la colère, le doute et l'insécurité. Mon intégrité physique a été atteinte de plein fouet. La question de l'intentionnalité de cette agression est en suspens. Je me dois de tenir, être solide dans mon corps, dans mes appuis, dans mes mots et sous le regard de ma maitre de stage, dont je ressens les attentes qui constituent une pression supplémentaire. Cela n'empêche aucunement mes émotions d'être, ma surprise, ma douleur, mais aussi ma peur de mal faire, mes doutes, mes interrogations sur ce qui se fait habituellement dans ce genre de situation. Tout en étant authentique dans mon corps et dans mes émotions, j'énonce les limites du cadre thérapeutique pour qu'il soit sécurisant et contenant à la fois. Ma colère est présente mais je dois composer avec elle pour accompagner cette jeune à ce moment-là. Ne pas faire comme si de rien n'était me permet de trouver les mots justes et ces mots apaisent Maëlle. Pour la bonne psychomotricienne en devenir que j'essaye d'être, les choses ne se passent pas comme prévu. La blessure physique est certes douloureuse mais c'est aussi une blessure narcissique.

Comment aurais-je du réagir ? Y a-t-il des limites, des règles thérapeutiques convenues à respecter ? Une bonne manière de faire ? Ai-je le droit d'éprouver de la colère à l'égard de Maëlle, du rejet ? Dans un second temps je me suis sentie coupable, coupable de ressentir cela. Je n'ai pas le droit d'éprouver cela ou peut-être que si finalement j'ai le droit. Si j'aspire à une relation vraie, de confiance, je ne peux qu'être authentique. Je suis prise dans un tiraillement, entre les usages et ce que je ressens vraiment à l'intérieur de moi, que j'essaye de résoudre. Que faire après cette effraction ? Suis-je prête à revivre cela ? Dois-je accepter de vivre cela et y faire face ? Ai-je eu une réponse adaptée ? Énormément de questions, de doutes et de sentiments parfois contradictoires se bousculent. J'étais convaincue d'une chose, je ne devais pas m'enfermer dans cette relation duelle, envahissant toutes mes pensées que je ne parvenais pas à élaborer seule. J'avais besoin d'aide, une aide extérieure pour étayer

mes pensées. C'est à partir de ce moment que j'ai décidé de faire superviser ma pratique par un psychomotricien extérieur à l'établissement. J'ai compris de cette rencontre qu'il était inutile et infructueux de cacher mes difficultés, mes fragilités aux autres professionnels, mais plutôt de les reconnaître. Travailler avec serait davantage bénéfique, riche et authentique dans la relation.

Cette première rencontre me laissa dans un sentiment de grande inquiétude face aux cris de ce corps. A la fin de celle-ci, je me rappelle m'être sentie vulnérable, dans l'insécurité et avoir éprouvé l'envie de ne plus revoir Maëlle.

### **b. Supporter l'angoisse de Zoé**

*« Nul n'existe en dehors de cette trame qui nous tisse les uns aux autres, qui fait que nous nous affectons les uns les autres. »* (Lesage, 2020, p. 2).

Je vais à la rencontre de Zoé en la rejoignant sur son unité de vie, afin de l'accompagner jusqu'à la salle de psychomotricité. Elle est assise sur une chaise, à table, en posture d'enroulement, l'index droit enfoncé dans une narine. Le passage à la position debout semble très coûteux. Elle se raidit, ses yeux deviennent plus globuleux, sa respiration s'accélère.

Dès cette première rencontre, Zoé m'apparaît comme une jeune fille hypervigilante, hypersensible au moindre événement. Son pas est impulsif et ses mouvements de bras vifs, scandés par des mouvements de flexions et extensions asymétriques. Sa marche paraît comme déstabilisée, assaillit par un trop-plein d'informations et d'émotions. Sa respiration est très intense, accélérée et largement audible. Les vibrations de son souffle, dans sa gorge, mêlées à des sons semblent constituer un râle plaintif, complètement paniqué. Nous prenons alors l'ascenseur. L'agitation de ses membres supérieurs et cette respiration étrange reprennent de plus belle lors de la traversée du couloir, jusqu'à la figer à de nombreuses reprises.

Cette situation est contagieuse, je me sens saisie dans mon corps par cette respiration anxiogène. Inconsciemment, je me rends compte que c'est comme si mon rythme et mon volume ventilatoire aspiraient à diminuer afin de lui laisser à disposition tout l'oxygène dont elle avait besoin. Que se passe-t-il pour elle ? Comment se fait-il que je ressente cela ? Je l'observe et observe ce qui se déroule autour de nous, à la recherche d'une réponse. De ce que Zoé me laisse à voir, ce que je ressens en moi à son contact et ce que j'essaie de comprendre de la situation, j'identifie de l'angoisse. Une angoisse considérable affectant tout son être et la pétrifiant sur place. Les angoisses sont importantes et au premier plan au niveau de son langage corporel. Je ne discerne aucune cause visible.

Je ressens de l'empathie pour elle. Au travers de son regard, un regard chargé de demandes d'aide et de soutien, reflet d'un intérieur intense, un lien thérapeutique semble se tisser. Je constate que je lui caresse le dos telle une mère chercherait à apaiser son enfant. À cet instant, je ne sais pas ce qui m'a poussé à intervenir de la sorte, mais Zoé se détend un peu. Je lui parle calmement. Mon bras enveloppe son dos. Nous nous dirigeons vers la salle.

Zoé passe le seuil de la porte de la salle de psychomotricité. Elle effectue quelques pas pour s'avancer dans l'espace. Elle s'arrête. Elle urine au milieu de la salle, sans bouger ni avoir la moindre réaction. Énormément de questions se bousculent dans ma tête, toutes en quête de réponses. Dans le couloir, n'a-t-elle même pas pu se raccrocher à son « Moi-muscle »<sup>13</sup>, qu'alors le dernier recours a peut-être été le muscle digestif noué ? Si habituellement elle arrive à se contenir, peut-être s'agit-il du stress, face à cette situation, qui l'a conduit à ce phénomène de régression qu'est l'énurésie ?

J'essaie de faire preuve d'une adaptation de tous les instants : ne pas la laisser ainsi, être présente, la rassurer pour qu'elle se sente en sécurité et en confiance. Je suis interpellée par la dimension émotionnelle et coûteuse en énergie de cette première rencontre.

La relation n'allant pas de soi dans ses deux rencontres, il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur certains éléments afin de co-construire un lien.

### **c. Les implications qui se retrouvent en psychomotricité**

Dans nos sociétés occidentales, le langage oral est prédominant et mis sur un piédestal. Or, il est loin d'être le seul moyen de communication. Ces deux jeunes n'ont pas accès au langage verbal. Il va donc être nécessaire d'utiliser ces autres moyens de communication. Le psychomotricien est sensibilisé à la lecture du corps. Dans les premiers contacts, il va falloir être particulièrement attentif, pour déterminer les « pré-requis fondateurs de l'aptitude à communiquer » (Brunet, 2009, p. 19) pour créer un lien et entrer en relation. Il s'agit des possibilités de contact, de suivre du regard, d'imitation, les capacités d'attention, d'envoyer des messages non verbaux, de comprendre des messages non verbaux (gestuelle, expression du visage, des mains). Ils permettent d'identifier les potentialités de communication et de co-construire une relation d'accompagnement de personne à personne. Il est important d'identifier le contexte où une manifestation corporelle est réalisée, afin de ne pas lui attribuer un faux sens, car leurs atteintes peuvent générer des manifestations inadaptées ou plutôt inhabituelles à la situation.

*« La spécificité du psychomotricien réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations, ainsi que dans l'établissement d'un*

---

<sup>13</sup> Concept suggéré par A. Bullinger. Il s'agit d'une manière de se tenir, compte tenu de l'absence d'autres appuis sur le milieu. Toute la musculature est en co-contraction. L'enfant s'enferme dans une carapace musculaire qui le tient.

"dialogue" corporel » (Ballouard, 2006, p. 3). Le dialogue tonique se trouve ainsi, au cœur du travail thérapeutique en psychomotricité. Il est d'autant plus précieux avec ces jeunes où le verbal n'est pas la référence, mais où « *la communication immédiate par un dialogue direct est toujours présente* » (Bullinger, 2004, p. 157). À l'écoute de son propre corps et celui de l'autre, le psychomotricien tente d'aider la personne à découvrir ou redécouvrir un équilibre tonico-émotionnel. Comme je le démystifierai dans les deux vignettes cliniques suivantes, l'engagement psychocorporel et professionnel du psychomotricien, dans ses qualités d'adaptations et d'ajustements à l'autre, pourrait permettre de soutenir d'éventuelles possibilités relationnelles. L'accompagnement dans la confiance, les échanges, l'attention portée au jeune, à ce qu'il fait et le respect mutuel favorisent la reconnaissance de l'enfant comme acteur désirant. Dans une sécurité affective, une relation contenant et chaleureuse, les échanges vont permettre à la personne en situation de polyhandicap un étayage de sa pensée et de son Moi.

Le psychomotricien est comme un Moi auxiliaire pour ces jeunes. Il contient les émotions, les affects, les manifestations corporelles, les vécus psychiques et toniques, en tentant de les éclairer d'un sens. Métabolisés, il les restitue assimilables, dénués de leur potentiel destructeur pour le sujet.

« *Le polyhandicap engendre véritablement une manière d'être au monde dont une des singularités réside dans le jeu incessant de la distance et la fusion, dialogue corporel complexe, subtil, sans cesse à réinventer.* » (Brunet, 2009, p. 25). Dans la rencontre avec ces jeunes, nous sommes en effet beaucoup plus rapidement amenés à une certaine proximité, un corps-à-corps. Le corps est en relation direct avec son environnement, dans un engagement corporel convoquant nos vécus, nos représentations, notre imaginaire propre. Les questions de toucher l'autre, être touché sont toutes deux très présentes et régulées par l'interdit du toucher, relativisé compte tenu des besoins spécifiques de ces jeunes. Il est néanmoins nécessaire de trouver une bonne distance pour soi et pour le jeune.

La proximité du corps de l'autre peut être vécue comme une menace. E. T. Hall, dans son ouvrage intitulé *La Dimension cachée* (1971), utilise l'expression de « distance proxémique » pour dépeindre la distance à laquelle les individus se sentent à l'aise et en confiance. Elle est influencée par le milieu culturel dans lequel les individus baignent et les liens qu'ils entretiennent. Il se joue dans nos échanges, au sein de cette distance un langage infra-verbal nous informant sur les intentions de l'autre, auquel il faut donc être attentif. Cette distance n'est pas uniquement physique. Il est question de ne pas être intrusif, ne pas surprendre ou faire peur. Cela dépend de nous, de notre manière d'être. Mais aussi réciproquement en tant que psychomotricien et personne, ne pas se laisser « intruser » ou que l'on puisse porter atteinte à notre intégrité physique et psychique. Il faut donc établir une

juste distance où l'un et l'autre des partenaires de l'échange puisse se sentir en confiance et en sécurité. Cette notion de distance est dynamique et évolue en permanence.

Avec ces jeunes, tout particulièrement, je me suis rendu compte qu'il est indispensable d'ajuster notre rythme, ne pas être dans la précipitation, les submerger d'informations, pour que la communication s'établisse. Il faut que nos actions soient plus lentes qu'à l'accoutumée, pour qu'ils n'aient pas à gérer également ce qu'il se passe dans le mouvement. Être avec la personne, être posé, dans une attitude de patience fondée sur l'acceptation des difficultés et le désir de prendre soin du jeune.

#### **d. La relation thérapeutique en psychomotricité**

Le mot relation est issu du latin *relatio*. Il s'agit du rapport, du lien entre deux éléments, impliquant les notions d'échange, de communication, d'interdépendance, de contact et de liaison. Elle représente « *quelque chose qui se trouve entre ces deux personnes* » (Bion, 2006, p. 28).

Thérapeutique, du grec *therapeutikós* signifie : qui prend soin de quelqu'un ou quelque chose. Écouter, parler, toucher, se rapprocher, être proche de quelqu'un est déjà prendre soin de quelqu'un, puisque tout être humain a besoin d'être en relation. En ces termes, par son engagement psychocorporel, la psychomotricité pourrait être un soin par le corps, de la relation à l'autre et au monde.

Pour être véritablement dans la rencontre avec l'autre, il peut être, à mon sens, intéressant de faire abstraction des divers a priori qui gravitent autour de la personne, pendant un temps, dans la mesure du possible. Dans cette perspective, j'ai pris le parti de ne pas préalablement consulter les dossiers, avant de prendre contact avec les jeunes de l'IME. Non sans une certaine excitation, je perçois chaque première rencontre comme une nouvelle histoire humaine sur le point de se créer, une aventure prometteuse de surprise, de joie, de rebondissement, mais aussi certainement d'incertitude, de doute et d'incompréhension, mais dans laquelle je veux m'engager profondément, afin d'accompagner au mieux le jeune dans son projet thérapeutique.

Je voulais être pleinement avec le jeune, essayer de me faire une idée de la personne que j'avais en face de moi, dans l'ici et maintenant, observer ce qui se joue dans la rencontre, dans la relation, tant au niveau corporel que psychique. Le tissage de liens est au cœur de la relation thérapeutique. C'est en cela que la première rencontre est importante dans l'instauration d'une relation thérapeutique, dans notre capacité d'accueil du jeune, l'écoute qu'on lui offre, le sens que nous essayons de dégager d'une situation, dans la bienveillance et l'empathie.

Chaque rencontre est inédite, singulière, une création, une œuvre vivante, un espace de partage empathique d'affects et d'émotions du jeune et de moi-même, qui entre en résonance dans une communication infra-verbale. Dans l'instauration d'une relation thérapeutique, la qualité de présence à l'autre et soi, la distance relationnelle et l'alliance thérapeutique sont les racines. La distance relationnelle est la posture tant physique que psychique à laquelle je me trouve de l'autre, ni trop loin, ni trop proche pour favoriser un sentiment de sécurité. Elle peut être mise en lien avec les distances interpersonnelles, développées par E. T. Hall, évoquées dans une partie précédente. Elle se réajuste et doit s'interroger en permanence selon le jeune, la situation. Elle nécessite d'être pleinement attentif à la personne avec nous et les divers signes qui peuvent s'exhaler de la relation. Un cadre contenant et sécurisant, ainsi que notre posture, permettent une distance thérapeutique nécessaire (c'est-à-dire que la relation est juste, claire, bienveillante et maintenue strictement dans le champ d'un accompagnement thérapeutique), mais tout en étant réceptif à ce qui se joue pour chacun. Grâce à une alliance thérapeutique, dans une dynamique de confiance, prérequis essentiel, l'accompagnement dans la prise en charge peut être une co-construction, une création commune, imprégnée des partages toniques, émotionnels et d'affects à l'œuvre dans la relation. Elle est indispensable pour porter la relation et maintenir une qualité de relation.

## **2. Etablir une relation thérapeutique : évolution de deux vignettes cliniques**

### ***La relation s'installe peu à peu***

Les parties qui vont suivre retracent l'évolution de l'accompagnement de Maëlle et Zoé. Elles seront illustrées des moments charnières.

#### **a. Présentation de Maëlle**

Maëlle a 17 ans. Accueillie précédemment dans un autre établissement, elle est entrée à l'IME en internat en janvier 2018. Sa prise en charge en psychomotricité débute en juin, une fois par semaine en individuel. Physiquement, elle paraît plus jeune que son âge. Elle présente un syndrome de Down<sup>14</sup> associée à une comitialité dans l'enfance (syndrome de West<sup>15</sup>) et des troubles du comportement. Maëlle manifeste également des déficiences motrices, cognitives et intellectuelles, ainsi qu'une absence de langage oral, des expressions faciales peu

---

<sup>14</sup> (ou trisomie 21), est une maladie génétique congénitale provoquée par la présence surnuméraire d'un chromosome sur la paire 21.

<sup>15</sup> (ou spasmes infantiles), est une forme rare d'épilepsie du nourrisson associée au syndrome de Down. 80% présentent des séquelles motrices ou intellectuelles plus ou moins irréversibles. Des troubles du comportement peuvent apparaître.

fréquentes outre des émotions assez fortes. Néanmoins, son visage peut s'éclairer d'un grand sourire lorsqu'une activité lui plaît énormément.

De manière générale, Maëlle présente une absence de fermeture labiale, une protrusion de la langue permanente, provoquant des pertes salivaires, en lien avec une hypotonie axiale. Elle apprécie la position en décubitus ventral, qu'elle adopte très fréquemment sur le groupe, dans la salle de psychomotricité, sur son lit, etc. La position en décubitus dorsal ne lui est pas appréciable. Elle peut marcher et courir mais avec le buste largement penché vers l'avant. Elle n'expose que très peu d'exploration spontanée et lorsqu'un objet lui est présenté, elle le porte immédiatement à sa bouche.

Elle est fascinée par les mouvements que font les doigts des autres. Elle prend contact avec les personnes qui l'entourent par le toucher, en saisissant leurs mains qu'elle frappe contre les siennes, dans un mouvement répétitif ou par un contact qui ne se révèle pas toujours approprié « socialement ». Elle a une bonne appétence pour la communication et recherche la présence de l'autre. Maëlle semble cerner le sens de quelques mots de la langue des signes française (LSF).

Elle semble très sensible aux bruits soudains qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de la salle. Ils créent de l'agitation chez elle. Maëlle est facilement débordée si les sensations sont trop fortes pour elle. Très agitée, elle peut porter des coups, mordre, griffer les jeunes et les professionnels dans un élan d'agressivité ou pour exprimer semble-t-il son désaccord, sa peur. Elle a des stéréotypies. Aucun système de pare-excitation n'a l'air présent. Maëlle est elle-même envahissante par ses agrippements et son hétéro-agressivité. Cette dernière paraît parfois involontaire, due à un manque de contrôle du geste et de modulation tonico-émotionnelle.

L'accompagnement en psychomotricité vise à établir une relation de confiance, prendre conscience de son corps et construire une contenance, en favorisant ce qui concerne la perception, ainsi que l'expérimentation de son enveloppe psychocorporelle et des limites de son corps. Dans une recherche de sensations apaisantes et de sécurité, réaliser un travail autour des vécus archaïques.

#### **b. La métamorphose de la relation avec Maëlle en balnéothérapie**

Avec le recul et en apprenant à connaître Maëlle, je pense que lors de notre première rencontre, le contact prolongé par le toucher a peut-être engendré pour Maëlle une confusion des limites corporelles, comme si ma main était un prolongement d'elle à cet instant-là. Ainsi la morsure était peut-être une recherche de sensations pour se sentir exister, or il se trouve qu'à ce moment il s'agissait de ma main, ce qui a pu générer chez elle d'autant plus d'incompréhension.



## ***Un ouragan dans la salle***

Un mois après notre première rencontre, nous nous retrouvons. Maëlle est tel un ouragan dans la salle, dont le corps raconte à même la peau la souffrance à être, que même cette agitation ne semble pas pouvoir dire. Ses joues sont recouvertes d'ecchymoses de différentes couleurs. La paume de sa main est à vif. Une croûte aux aspects étranges camoufle la plaie. Elle s'attaque elle-même en tapant sa tête contre un mur ou avec la région du carpe de la main au visage, au niveau de la mâchoire inférieure et des pommettes. Maëlle s'agrippe à nous sur un mode agressif. Elle cherche à attraper nos cheveux, nos vêtements et essaie de nous mordre. Elle parvient cependant à s'interrompre et se réfréner quand nous la contenons physiquement, accompagné de paroles fermes mais rassurantes. Mais cela ne dure que peu de temps. Ces comportements auto-agressifs et hétéro-agressifs semblent compulsifs et très envahissants ce jour. Étourdie par cette effervescence, je retrouve le sentiment éprouvé lors de notre première rencontre.

Elle paraît envahie émotionnellement et semble y réagir par cette agitation, ces manifestations corporelles brutales, auto-agressives, que nous pourrions assimiler à des autostimulations et des stéréotypies. L'hypothèse de la douleur stomatologique étant écartée, nous pouvons concevoir les coups qu'elle se porte au visage sous l'angle de la comodalité avec la proprioception, où l'impact de sa main contre sa mâchoire procure des vibrations, afin de permettre de « toucher » cette sensibilité profonde qu'est la proprioception. Elle peut également ainsi faire exister la charpente osseuse de son corps. Il en est de même quand elle se mord très fort où elle se frappe la tête contre les murs. Il semblerait que Maëlle ne cherche pas à se faire mal, mais avec cette relation particulière à son corps, se sentir exister, se « ressaisir » dans la douleur, en sentant des parties de son corps. « *Les personnes gravement déficientes recherchent cette frontière entre le plaisir et la douleur car elle crée, par la décharge émotionnelle, un sentiment d'existence toujours en train de se dissoudre [...] cette conduite la rassemble.* » (Bullinger, 2004, p. 159). Dans cette perspective, ces manifestations lui procureraient des stimulations corporelles très fortes visant à constituer tant bien que mal des limites corporelles.

« *La difficulté à stabiliser une image corporelle peut amener certains enfants à des activités répétitives qui visent à créer des flux sensoriels bien contrôlés induisant un ensemble de sensations qui rendent présentes les frontières de l'organisme. Ces conduites, si elles envahissent toute l'activité du sujet, prennent l'allure de stéréotypies. Elles s'observent souvent chez les enfants qui, pour des raisons diverses, ne peuvent accéder à un mode de régulation tonique lié au dialogue avec le milieu humain, et aux aspects représentatifs qui en découlent.* » (Bullinger, 2015, p. 20).

Cette recherche active de stimulations proprioceptives est marquée par une augmentation considérable de son tonus musculaire. Elle paraît comme un mécanisme de

défense face à un débordement émotionnel et des angoisses corporelles importantes menaçant son intégrité, ne parvenant pas à être contenu. L'excès de mouvement pourrait alors lui permettre de se sentir contenue et stabiliser quelques instants une perception de son corps. L'ensemble de ce phénomène peut alors s'envisager comme un moyen de pallier un manque de contenance corporelle. « *La mobilisation tonique associée à ces signaux rend possible une représentation des frontières de l'organisme. Mais cette représentation n'a pas de composante spatiale ni de stabilité en dehors des sensations créées.* » (Bullinger, 2015, p. 110). Ces procédés lui permettent de trouver provisoirement le calme et de pouvoir ensuite entrer en relation. C'est ainsi que Maëlle semble avoir trouvé le moyen d'être au monde.

Ces manifestations compulsives sont récurrentes d'une séance à l'autre, même si je constate qu'elles tendent à diminuer quantitativement au cours de l'année. En les empêchant je priverais Maëlle de ce mécanisme qui lui permet de se sentir exister et contenue. Je ne l'interromps donc pas mais tente de la protéger, de lui offrir une contenance quand elles peuvent la mettre en danger. Dans mes tentatives de compréhension de ce qu'elle recherche dans ces manifestations, j'ai exploré différentes propositions avec Maëlle, comme peut en témoigner le chaos dans lequel se trouvait la salle, à la fin de la séance dans les premiers temps. C'est la seule avec qui je sortais autant de matériel. Cela témoigne peut-être de mon angoisse à ce qu'elle se frappe s'il y avait un moment de silence, de ma difficulté à être témoin de cette auto-agressivité marquant son visage. Je retiens néanmoins quelques propositions fructueuses. Un toucher mêlant douceur et fermeté, au niveau de son visage principalement, l'apaise un certain temps. Tout comme les percussions sur des parties osseuses réalisées par mes mains ou des claves, de la tête jusqu'au pied. La parole et une respiration calme, ample et perceptible participent à la création d'une atmosphère enveloppante, contenant à laquelle Maëlle semble particulièrement sensible.

Ses manifestations d'hétéro-agressivité sont amplifiées quand je m'approche d'elle si elle ne l'a pas décidé. En séance de psychomotricité, elles marquent principalement son désaccord ou son refus. Je laisse donc Maëlle choisir de se rapprocher ou non de moi et je veille à ce que la distance me convienne aussi. Avidé de contact et en recherche de relation duelle avec l'adulte, si c'est elle qui prend l'initiative d'entrer en relation, il est rare qu'elle témoigne alors de l'agressivité à mon égard. Les distances relationnelles sont perpétuellement réinterrogées au cours des séances. J'essaye de m'adapter à ce que je perçois des besoins de Maëlle à travers ses manifestations corporelles, tout au long de la séance.

Ses mains par lesquelles elle entre en contact, sont imprégnées de l'odeur de sa salive, pour le moins singulière. Ma première impression est une sensation d'évitement, voire même de rejet, d'autant que ces plaies me renvoient une image particulièrement mortifère. Je parviendrai par la suite à accepter cette odeur et qu'elle vienne à ma rencontre en explorant

mes mains, quand je viens la chercher sur son groupe. Mais un lavage des mains va être instauré à chaque début de séance, avant d'entrer dans la salle de psychomotricité.

### ***Figée telle une statue humaine***

Maëlle semble débordée par une excitation interne. Une hypertonie globale se dessine. Tout son corps se raidit, figé. Elle croise ses bras en croix contre sa poitrine et réalise des mouvements incessants de frottement de ses pouces contre ses annulaires et auriculaires, comme elle le fait souvent. Sa bouche est ouverte, sa langue en protrusion. Son visage se ferme, comme marqué par la terreur. Ses yeux sont écarquillés, rond comme des billes et fixant un point. Que s'est-il passé pour qu'elle se soustrait si brutalement à la relation ?

Ces manifestations stéréotypées sont fréquentes. Elles semblent émerger chez Maëlle lorsqu'une émotion ou une excitation interne trop forte l'envahit et ne peut parvenir à rester contenue. Brusques, explosives, elles recrutent le corps dans son intégralité et laissent penser qu'elles lui permettent de faire face à un besoin impérieux de s'auto-réassurer corporellement et psychiquement dans le mouvement, lui permettant ensuite, si elles ont été suffisamment efficaces, de se réengager dans la relation. Ces manifestations stéréotypées peuvent s'envisager « *comme des autostimulations proprioceptives permettant de lier les parties du corps entre elles afin de ressentir le corps unifié.* » (Veeseer, 2015, p. 141). De plus, « *le sentiment d'unicité, base de l'image corporelle, est créé par une variation brusque du tonus, un "ébranlement" tonique qui permet de rassembler les sensations relatives à l'organisme.* » (Bullinger, 2004, p. 181). « *La mobilisation tonique suscitée entraîne une réaction émotionnelle qui permet de ressentir les limites de l'organisme.* » (*Ibid.*). Peut-être que la perception des limites de son corps n'est possible qu'au prix d'une variation tonique importante et brutale pour Maëlle, d'un auto-agrippement à sa musculature, son Moi-muscle, au cours de ces mouvements erratiques, compulsifs, stéréotypés. La carapace tonique ainsi constituée, ressemble à ce que E. Bick nomme la seconde peau<sup>16</sup>, venant renforcer la première peau défaillante. Elle pourrait ainsi suppléer à son manque d'intégration de limites corporelles et ressentir une auto-contenance, certes éphémère. Ici, le contenant-peau édifierait le prototype de la contenance interne.

### ***S'adosser au creux de moi***

Maëlle, la psychomotricienne et moi-même sommes assises sur le tapis, autour des instruments de musique. Maëlle manifeste corporellement beaucoup d'agitation,

---

<sup>16</sup> Cf. *supra*, II.2.b Angoisse et agrippement p.29

d'agrippement et d'auto-agressivité, dont la cause reste floue. Je ne saurais dire clairement à cet instant ce qui m'a permis de prendre cette initiative, mais je saisis le grand carton qui se trouve à côté de moi et le place contre le dos de Maëlle, comme un dossier de chaise, un appui. Elle me regarde, son agitation se modère. Elle semble un peu plus disponible à l'activité proposée. Elle se met soudainement debout. Je me recule. Inconsciemment peut-être pour maintenir une distance me permettant de pouvoir réagir si besoin, si elle manifeste de l'hétéro-agressivité. Je préfère rester sur mes gardes avec Maëlle, afin de ne pas être prise au dépourvu et rester en sécurité. Elle vient s'asseoir entre mes jambes en appui dos contre moi. Dans ce corps-à-corps, je sens une tension musculaire extrême chez Maëlle. L'image d'une grenade dégoupillée prête à exploser traverse mon esprit. Je me réajuste car cela n'est pas très confortable pour moi. Puis, elle se relâche progressivement. Elle paraît chercher mon regard en se penchant légèrement en arrière et sourit, détendue. Nos visages sont à quelques centimètres et étonnamment à cet instant je n'ai pas peur. Son regard est plus lumineux, interpénétrant dans ce moment relationnel. Elle explore de son regard mon visage. Peut-être parce que j'ai l'impression qu'elle se sent en sécurité et en confiance, j'abaisse mon niveau de vigilance et mon niveau tonique. Je suis détendue. J'ai la conviction que cette séance est charnière. Pour la première fois je me sens en sécurité, dans une certaine proximité avec Maëlle. Trouvant appui contre mon corps et dans mon regard, elle me confie son corps. Je sens tout son poids se reposer contre moi, sans être passive pour autant. Elle montre un visage plus animé, tranquillisé. Une relation complice s'installe rapidement. Elle est à présent dans l'exploration des instruments de musique, grâce à des coordinations bi-manuelles et oculo-manuelles plus riches, dans l'ici et maintenant de la relation.

Elle s'assoit contre moi comme contre un objet ou un support. C'est un fait que j'ai souvent remarqué chez les enfants présentant des TSA. C'est quand elle se tourne vers moi que j'identifie chez elle mon changement de statut. Elle semble, à partir de ce moment-là, reprendre conscience de ma présence en tant que personne, dans ce corps-à-corps. Dès que le contact s'établit, elle se relâche et l'ensemble de son dos et de sa colonne vertébrale viennent prendre appui contre moi. « *L'appui par un contact physique direct est un réconfort* » (Bullinger, 2004, p. 159). Ce relâchement tonique s'inscrit dans son corps. De plus, cela m'évoque la fonction de maintenance du Moi-peau : « *l'enfant est adossé à l'objet support qui se moule en creux sur lui. Il se sent protégé sur ses arrières, le dos étant la seule partie de son propre corps qu'on ne peut ni toucher ni voir* » (Anzieu, 1995, p. 123). La communication est très forte à ce moment et trouve comme chemin la relation tonico-émotionnelle. De l'apaisement semble apparaître chez Maëlle. « *Mon jeu corporel induit des nuances relationnelles, et réciproquement ce qui se passe dans la relation résonne dans mon jeu corporel.* » (Lesage, 2020, p. 2). Cet accompagnement dans l'expérimentation du vécu du relâchement dans la relation est un besoin psychique et corporel pour l'enfant. Il est

« nécessaire que l'enfant vive des moments de détente extrême et de satisfaction [...] à la fois physiologique et relationnelle » (Robert-Ouvray, 2007b, p. 86). Comme je l'ai spécifié plus haut la régulation tonique est en lien avec les états de vigilance, les flux sensoriels, les interactions avec le milieu humain et les représentations. Ainsi le sentiment de sécurité, les représentations d'un corps unifié pourraient favoriser la possibilité de relâchement tonico-émotionnel chez Maëlle.

Des modifications au niveau de la posture, du tonus, du regard, des expressions faciales m'ont permis au-delà des mots de saisir ce qui se jouait dans la relation. Un véritable dialogue tonico-émotionnel vient de se produire entre elle et moi. Il signe un tournant dans l'accompagnement de Maëlle en psychomotricité. Je suis plus sereine quant aux possibilités de co-construction d'une relation thérapeutique.

Elle court souvent éperdument, sans but apparent, tout son corps penché en avant. Elle ne semble pas avoir construit une sécurité à l'arrière de son corps. Cette impression a déjà été remarqué chez d'autres enfants : « leur soutien dans le dos semblait disparaître, ou bien il n'y avait rien derrière eux » (Grotstein, 1981). Sur son groupe elle peut passer une grande partie de la journée allongée sur le ventre, sur un tapis, mais il est impossible pour elle d'être sur le dos. Ces différentes observations, et cette séance me font penser que Maëlle pourrait avoir un défaut de représentation de son dos. De plus, à son arrivée dans l'institut il y a deux ans, elle était principalement placée dans un fauteuil roulant dans le but de la contenir. Ce n'est plus le cas à présent, mais peut-être que ce fauteuil lui offrait un appui physique sécurisant, contenant. Il a certainement fait partie de la construction de la perception de son corps. Nous pouvons imaginer que l'espace arrière de son corps, son dos plus particulièrement n'a pas pu ou difficilement, être intégré, en lien avec un manque de perception. Or, la sécurité sur le dos est la première posture « d'équilibre ». Il a été mis en évidence « l'importance du contact du dos pour retrouver la sensation-sentiment de sécurité » (Haag, 2012b, p. 3). Je mets en correspondance ma posture, le rôle que Maëlle cherche en ma présence à ce moment donné avec ce que J. Grotstein conçoit comme la « Présence d'arrière-plan » indissociable du ressenti du dos, qu'il définit comme une personnification du ciment assurant la cohésion de l'identité personnelle. Nous pouvons nous représenter cela comme une démonstration de Maëlle de sa capacité à retrouver ce soutien dans le dos, soubassement de la sécurité de fond, par le retour à une posture primitive. « Le meilleur calmant d'une expression de détresse qui peut surgir est alors de prendre le bébé dans le giron, dos contre ventre. » (Haag, 2012b, p. 4).

Contenue par un appui au niveau de son dos, elle n'a plus de mouvements agressifs ou impulsifs. Cela lui permet d'être attentive et disponible. Des conduites instrumentales émergent, puis lorsque les appuis font défaut, elle peut retourner à des conduites d'agrippement. Maëlle semble donc avoir besoin de contenance, d'enveloppe et de portage pour réguler son excitabilité et être en relation, comme a pu l'interroger cette séance et le

confirmer d'autre. Un travail sur l'espace arrière peut se révéler pertinent pour permettre à Maëlle de reconstruire une sécurité interne dans son corps, puis conquérir des espaces séparés et différenciés dans la sécurité et la confiance qu'elle aura incorporée. L'eau semble une médiation tout à fait pertinente dans cette perspective-là.

## **L'eau**

Maëlle se présente sur un mode spontané, fonctionnel où elle agit pour le plaisir d'agir, d'être dans l'eau, elle frappe la surface de l'eau, s'éclabousse, nous éclabousse, rit aux éclats, les yeux brillants d'une lumière étincelante, un regard rempli de vie et d'envie. Elle s'immerge complètement sous l'eau pour en ressortir quelques secondes plus tard avec un cri de joie. Elle est en totale adéquation avec la réalité du monde matériel.

Elle vient rechercher mes mains, je fais des percussions à la surface de l'eau, comme elle frappe dans mes mains. La psychomotricienne et moi réalisons des vagues avec nos bras venant l'entourer et se dissiper contre les limites de son corps. Je lui expose également la possibilité de différer ces mouvements, en chantant des comptines, animées de mes mains : moulins, oiseaux, papillons se succèdent. Elle se montre très intéressée et revient trouver au creux de moi la Présence d'arrière-plan. Elle rit aux éclats. Son niveau tonique s'abaisse peu à peu. Sa tête roule sur mon épaule. Son corps flotte à la surface de l'eau. Je tente de former une enveloppe sonore apaisante en modulant ma voix. Elle a l'air plus apaisé. Brusquement elle se redresse, s'agrippe fermement au bord de la balnéothérapie, feins de vouloir se frapper la tête, mais s'arrête. Elle semble s'être ressaisit. [...]

Puis, elle observe émerveillée le réceptacle que je forme avec mes mains pour recueillir l'eau et la cascade formée par l'eau qui ruisselle entre mes doigts. Je pense à ce moment-là être autant émerveillée par la jeune femme qui se trouve en face de moi, sa réaction et l'émotion qui se dégage de cette scène, que Maëlle, face au spectacle qui se déroule devant elle. Je réalise alors plusieurs fois cette expérience, elle vient alors se placer en dessous de mes mains, les gouttes d'eau perlent sur son visage. Je continue. Quand je m'arrête, elle prend mes mains entre les siennes et refait le mouvement, ce qui semble me signifier qu'elle veut continuer. Son regard alterne entre mes mains et mes yeux. Après plusieurs communications corporelles bien vécues, elle est davantage sur un mode intentionnel, elle agit pour réaliser un projet.

Ainsi elle ne se présente plus comme l'ouragan, menaçant de tout détruire sur son passage, mais comme une adolescente pleine de désir et d'envie d'agir, agir sur le monde. J'ai le sentiment d'avoir créée une situation professionnelle adaptée. Partager ce moment d'émerveillement avec elle, de la rencontrer enfin, cette jeune femme pleine de vie et d'envie que masquait cette agitation me remplit de joie.

Maëlle se dirige spontanément vers le bassin. Elle a l'habitude d'y aller une fois par semaine dans le cadre d'un groupe avec trois autres enfants. Dès qu'elle entre dans l'eau elle ne se frappe plus et ne mordra à aucun moment. Je la trouve métamorphosée. Elle est davantage contenue, canalisée, beaucoup plus présente à la relation thérapeutique et actrice.

L'eau est un média parfaitement malléable, s'adaptant parfaitement à notre corps. Elle est un élément sécurisant dans la mesure où elle favorise la conscience de soi grâce à un contact corporel considérable. Quand Maëlle s'immerge complètement sous l'eau, cela lui permet de vivre une expérience très englobante. « *La pression de l'eau permet également d'éprouver les limites corporelles et de renforcer parallèlement le sentiment d'unité corporelle.* » (Fritis Arcaya, 2010, p. 78). Ainsi, l'eau permet de garantir l'unité du corps en délimitant l'espace intérieur du corps propre et l'espace extérieur qu'est l'environnement. La peau est en contact direct avec l'eau. Nous avons apprécié plus haut tous les enjeux du développement qui se jouent à travers la peau dans sa fonction de contenance, de limite entre intérieur et extérieur et d'enveloppe. Les vagues que nous produisons avec nos bras l'enveloppent. Avec la pression hydrostatique, elles viennent créer un massage de l'ensemble du corps, réafférer et stimuler aux niveaux proprioceptif et tactile les repères corporels de Maëlle. Cela permet ainsi d'enrichir la perception qu'elle a de son corps, de développer une certaine sécurité interne, se sentir et ainsi se sentir exister, contenue. Ainsi, les angoisses corporelles, les effractions émotionnelles et les excitations internes vont comme se densifier et s'orienter vers l'investissement de l'espace dans le plaisir de la relation. Si au début de la séance l'eau a eu un effet euphorisant, elle a rapidement laissé place à un effet relaxant.

De plus, l'eau est une enveloppe sollicitant tous les sens. Elle offre une large palette de sensations : odeurs, goût, température, etc. La température de l'eau, souvent avoisinant la température corporelle en balnéothérapie, ainsi que les informations tactiles, procurent de la détente et le relâchement musculaire. « *Elle peut également parfois susciter une légère baisse de vigilance, comme en relaxation* » (Fritis Arcaya, 2010, p. 77). Je l'ai notamment ressenti lors de l'accompagnement dans le portage, où le tonus de Maëlle s'abaissait peu à peu. Son espace dorsal paraît peu investi, mais dans l'eau elle accepte d'être soutenue en position dorsale. La force d'inertie et la propriété de résistance hydrodynamique de l'eau obligent un ralentissement du mouvement qui facilite la prise de conscience de son action et de soi, agissant, favorisée également par les feedbacks visuels agissants comme des rétroactions directes au niveau du vécu. Ces retours contribuent probablement à amortir et à modérer l'agitation de Maëlle, qui peut ainsi prendre conscience, à minima, des répercussions de ses manifestations corporelles.

Lorsqu'elle s'accroche au bord de la balnéothérapie et paraît vouloir percuter sa tête contre, cela peut être comme un besoin de retrouver « *du dur [...] pour retrouver des appuis,*

*un ancrage dans le connu et la sécurité* » (Fritis Arcaya, 2010, p. 76), retrouver la dureté, la solidité qu'elle a l'habitude de percevoir et de rechercher, pour la vivre dans son corps.

Des échanges relationnels ont pu se mettre en place, avec des interactions réciproques. Nous partageons un jeu commun porté par une attention intense et précieuse lors de laquelle elle réinvestit ses mains dans une expérience autre que celle de se frapper. Les échanges de regards sont présents. Il pourrait être intéressant de les renforcer, ainsi que soutenir ses capacités d'attention conjointe. Si au départ je commence par initier des propositions de gestes, inspirées pour certains par les actions de Maëlle, elle en propose ensuite aussi. Je signifie par des mots ce qu'elle laisse percevoir de sa créativité. Les gestes se diversifient et s'échangent comme dans un dialogue. Cet espace apparaît comme pertinent pour favoriser les expériences sensori-motrices, l'émergence à minima d'une certaine subjectivité et permettre à Maëlle de se connaître à travers son propre corps.

La médiation eau n'aura lieu avec Maëlle qu'une seule fois dans la balnéothérapie et une fois dans une baignoire thérapeutique, du fait de divers imprévus. Les autres séances se sont plus classiquement déroulées dans la salle de psychomotricité. L'équipe l'a senti plus détendue à son retour et tout au long de la journée, suivant ces deux séances.

### ***Seule avec Maëlle***

Il y a beaucoup de changements ces derniers temps. Maëlle est depuis deux jours dans un nouveau groupe. Les coups qu'elle se porte sont d'une extrême violence. Il est très difficile d'assister à cette scène sans en partager la souffrance. De plus, aujourd'hui des plaintes s'apparentant à des pleurs, des cris de détresse se font entendre et endurent les traits de son visage. À plusieurs reprises, en descendant les escaliers elle saisit mes bras et les met sous ses aisselles, à la recherche encore, me semble-t-il d'un appui dos.

En entrant dans la salle de psychomotricité j'apprends que ma maître de stage n'assistera pas à la séance. Maëlle agrippe les lunettes et le chemisier de la psychomotricienne qui la repousse. Elle quitte la salle. Me voilà seule avec Maëlle accablée et de plus en plus auto-agressive. Elle m'attrape et semble vouloir me mordre. Je retire alors ma main et lui signifie par des mots que je n'accepte pas qu'elle me morde, étayés du signe « interdit » en LSF. J'essaie, dans mes mots, dans mon corps et dans mon regard, d'être claire, contenante et ferme à la fois. Être ancrée dans mes appuis afin de pouvoir être un appui pour elle. Elle agrippe à plusieurs reprises mon pull et mes cheveux. À chaque fois, je lui propose un toucher mêlant douceur et fermeté, afin qu'elle puisse abaisser son niveau tonique pour me relâcher. Je m'appuie sur ma respiration dont j'augmente volontairement l'amplitude et l'audibilité. Elle me libère de ses griffes.



Elle jette plusieurs objets que je lui propose. Je tâtonne. J'essaie de me décentrer de ses mains en proposant des expériences engageant l'ensemble du corps, comme des échanges de ballon avec les pieds, pour lesquelles elle s'implique. Je m'appuie aussi sur les comptines que nous avons l'habitude de faire ensemble, qui en partant des mains, élargissent les gestes à l'ensemble du corps. Elles semblent l'apaiser à nouveau. Très attentive, elle essaye de mettre ses mains entre les miennes, d'attraper du bout de ses doigts mes doigts qui dansent sous yeux. Je lui propose de l'accompagner en prenant ses mains entre les miennes. Si au début elle est relativement passive, son tonus bas, je sens petit à petit sous mes doigts un recrutement tonique. Désormais, elle participe activement aux marionnettes. Quand la mélodie cesse, elle se recule et tout son corps se rigidifie. Elle réitère ses mouvements stéréotypés avec les doigts. J'ai l'impression qu'une intense excitation l'occupe et qu'elle est sur le point de la submerger.

Elle s'allonge au sol, sur le ventre, le visage enfoui dans le sol. Sa respiration est bruyante, saccadée. Elle semble se livrer à une conduite masturbatoire compulsive. Je m'assieds auprès d'elle. Je ne peux pas là laisser dans cet état de désorganisation psychomotrice. Je réalise le signe « interdit » qu'elle comprend, accompagné de paroles. Ces conduites doivent être réservées aux moments d'intimité. Je lui propose ensuite des pressions, des lissages, en adéquation avec ma respiration. L'excitation se dissipe peu à peu.

Ici, nous pouvons émettre l'hypothèse que Maëlle retrouve dans ses agrippements, l'agrippement qu'elle n'a pas pu obtenir avec la psychomotricienne. L'« abandon » vécu semble avoir renforcé ses agrippements.

J'ai pu identifier la fatigue ou les changements sur son groupe, notamment concernant les professionnels constituant les équipes, comme des facteurs majorants son agitation. Les modifications récentes plongent probablement Maëlle dans une grande insécurité par la perte des repères, déjà fragiles, qu'elle avait pu construire. « *Dans une situation d'insécurité, il va rechercher du dur, fabriquer du dur pour sentir, éprouver une limite contenant, ferme* » (Ciccione, 2012, p. 417). Dans cette mesure l'augmentation de ces manifestations corporelles stéréotypiques, d'autostimulation et d'auto-agressivité pourrait en percutant le solide en soi, lui permettre d'alimenter à minima un sentiment d'exister, une stabilité. De plus, le fait ne pas réagir, sur-agir semble la sécuriser et son angoisse paraît diminuer. À chaque fois, je tâche de trouver la stabilité en moi, mes appuis psychocorporels, afin de lui offrir une réponse enveloppante et ferme. Spontanément, la tonalité de ma voix s'arrondit, empreinte de calme et douceur. Pour lui permettre de prendre de la distance vis-à-vis de ses angoisses, j'essaye d'instaurer un contenant physique d'où découlera des effets de contenance psychique. Cette rétention physique s'accompagne d'une représentation par la parole de ma part, de ce que je peux comprendre de ses manifestations de désorganisation psychomotrice.

Les comptines semblent l'apaiser, peut-être car elle retrouve un repère immuable parmi tous ses changements. Les rythmes et sonorités de voix, inconsciemment modulées, ou le mouvement de mes doigts qui provoquent une stimulation visuelle lui permettent probablement aussi de se stabiliser et se réguler tonico-émotionnellement dans un plaisir partagé. La fin de la comptine, le silence semble précipiter Maëlle dans un chaos où la constitution d'une carapace tonique, pour retrouver une contenance et tenir, apparaît. Elle semble ensuite vite envahie, débordée émotionnellement. Son excitation la conduit à se livrer semble-t-il à une conduite masturbatoire compulsive. Embarrassée, je ne sais tout d'abord pas comment réagir à cette situation. Une fois stoppée, je décide de l'accompagner dans une régulation et une maîtrise de ce débordement, par un étayage corporel grâce au dialogue tonique. Je pose mes mains sur ses omoplates d'une manière qui se veut sereine, assurée et tempérée, dans la mesure du possible. Puis, par les pressions profondes que je lui propose, j'essaye d'induire un contact enveloppant, contenant et ferme, pour convier du relâchement, un sentiment de sécurité, l'aider à se re canaliser, en l'accompagnant par la voix. « *Il faut combiner la stimulation du tactile profond, particulièrement celui du dos, mais aussi de l'ensemble du corps, par l'enveloppement [...] qui semble consolider la perception de la limite-peau* » (Haag, 2012a, p. 1-2). Je m'ajuste à ce que je sens de son corps dans mes ressentis corporels à travers le dialogue tonique. L'excitation finit par s'abaisser.

### **c. Perspectives thérapeutiques**

À présent, pour descendre les escaliers, une main posée dans son dos semble suffire pour qu'elle se sente plus tranquille. Elle attrape la barre d'elle-même de l'autre côté.

Dans l'eau, Maëlle s'autorise à se créer un espace pour elle, témoin d'un espace interne. Elle peut y faire l'expérience de son corps dans autre chose que celle du passage à l'acte. L'agir n'est plus au premier plan. D'autres formes d'expression sont davantage sollicitées comme le regard, la respiration, les mimiques, le tonus, la verbalisation ou bien la vigilance, du fait d'une immersion dans l'eau jusqu'au niveau du torse. Il y a une nette amélioration des échanges dans l'eau. Maëlle peut sourire à certaines de mes sollicitations. Elle peut initier certaines interactions et sourire lorsque nous y répondons de manière, semble-t-il, ajustée. Les perspectives de poursuites de l'accompagnement visent à développer la médiation « eau » et les stimulations sensori-motrices qui lui sont faites, afin d'élargir la surface d'équilibre sensori-tonique de Maëlle. Cela lui permettrait de tolérer davantage les variations tonico-émotionnelles produites par ses actes.

Les manifestations corporelles de Maëlle semblent être, soit à visée expressive où l'agressivité marque son refus qu'elle ne peut signifier autrement : « *lorsque la verbalisation n'arrive pas à se réaliser, l'expression se produit sur un plan plus régressif, sur le plan moteur* » (De Ajuriaguerra, 2008, p. 175) ; soit permettre de se récupérer dans le mouvement, dans

les sensations, afin de répondre à un besoin immuable d'auto-réassurance corporelle et psychique, lui permettant ensuite de se réinvestir dans la relation et les manipulations. La recherche de sensations notamment proprioceptives pourrait lui permettre de se sentir et ressentir son corps comme unifié. Malgré leur impact affectant l'intégrité physique de Maëlle, je les envisage à présent différemment d'une tendance auto-destructrice. Il y a toujours une raison sous-jacente à son agitation. Peut-on parler de trouble du comportement, comme cela a été diagnostiqué pour Maëlle, chez des jeunes atteints de polyhandicap, présentant un déficit cognitif ? Ou est-ce qu'elle a du mal à gérer son comportement du fait de son déficit cognitif ?

Maëlle peut exiger une attention intense et épuiser l'équipe, qui ne prend alors plus forcément le temps de l'écouter et interprète hâtivement, parfois de manière erronée ses actes. De plus, les manifestations corporelles portant atteinte à l'intégrité physique de l'autre peuvent devenir agaçantes, épuisantes, susciter le rejet, comme j'ai pu l'éprouver dans les premiers temps, et parfois même de l'agressivité en retour. En effet, j'ai souvent entendu à notre retour sur le groupe, à la fin de la séance de psychomotricité, les phrases « attention Maëlle est là », « tu es toujours entre nos jambes, va ailleurs » accompagnées d'un geste de la main. Le rejet est aussi physique. Or, ces jeunes sont extrêmement intuitifs et ressentent énormément de chose. Au-delà du sens des mots, Maëlle peut ressentir ces messages de rejet à travers la communication infra-verbale, tels que les gestes, les intonations de voix, ou les attitudes de son entourage à son égard.

Généralement, quand un enfant exprime ce qu'il veut en criant, en agissant avec véhémence, c'est qu'il n'est pas écouté ou n'a pas trouvé d'autre manière de se faire écouter : *« s'il le peut, le bébé fait savoir par ses cris, ses symptômes somatiques, ses comportements, ses retraits, etc., le "désaccord" qui l'oppose à l'autre »* (Roussillon, 2008, p. 118). Ces attitudes brusques ne prennent pas en considération ses désirs ou sa volonté de signifier quelque chose, engendrant en miroir des manifestations agressives. Cela alimente une boucle d'agressivité. Parfois l'agressivité n'est qu'une réponse d'auto-défense. Ces courts moments d'« agressivité » illustrent-ils le désarroi à ne pas trouver un canal de relation adapté pour entrer en communication avec Maëlle ? Sont-ils un moyen d'éviter d'être confronté à l'agressivité de Maëlle, pouvant nous renvoyer une image violente ? Prêter attention aux facteurs environnementaux liés aux manifestations corporelles de Maëlle pourrait permettre de la réhumaniser et de la percevoir au-delà dudit trouble du comportement. L'agressivité de Maëlle n'est pas toujours volontaire. Ainsi, au lieu de nous défendre de son agressivité ou de rejeter la faute sur elle, il apparaît plus pertinent de s'interroger sur ce que nous faisons. J'aurais aimé pouvoir réaliser des observations écologiques de Maëlle, ses interactions et des facteurs environnementaux dans son groupe, afin de pouvoir offrir une grille de lecture psychomotrice de ce que je perçois de ses manifestations corporelles et pouvoir

éventuellement lui proposer des aménagements de l'espace. Mais, le contexte de crise sanitaire actuelle rend cette démarche impossible pour le moment.

#### **d. Présentation de Zoé**

Zoé est entrée à l'IME en externat, en mai 2019, à l'âge de 13 ans. Elle débute 4 mois plus tard les séances de psychomotricité, une fois par semaine en individuelle. Zoé est de taille et de corpulence moyenne. Elle souffre d'un déficit intellectuel sévère, d'une déficience du langage, de troubles de la communication dans le cadre d'un retard global de développement, de symptômes de type autistique avec un retrait relationnel important. Elle a été hospitalisée en néonatalogie pendant deux semaines pour une hypocalcémie néonatale<sup>17</sup>, dans un contexte d'ictère modéré<sup>18</sup> et d'une infection materno-fœtale à un streptocoque du groupe B<sup>19</sup>.

De manière globale, Zoé présente une hyperlordose avec cyphose dorsale et un effondrement tonique global. En position debout, Zoé peut faire quelques pas, mais jamais spontanément. Elle peut monter et descendre les escaliers, mais au prix de très fortes angoisses et des persévérations sur les paliers. Elle peut alors saisir notre main. Elle parvient à tenir assis sur une physioball rose à picots avec l'implication corporelle de la psychomotricienne et de l'étayage verbal.

Elle expose beaucoup de plaisir à jeter les objets au sol et n'y prête alors plus aucune attention. Elle ne semble pas avoir conscience de la permanence de l'objet, explore peu le matériel et les différents espaces dans lesquels elle évolue. Zoé a des capacités de recrutement tonique pour se relever du sol, avec de l'accompagnement physique et des stimulations. Dans un clivage entre hypertonie et hypotonie, en lien avec son hypotonie de fond et un axe corporel fragile, l'accès à la verticalité semble très coûteux pour Zoé, qui s'effondre dès qu'elle en a l'occasion, sur le mobilier présent tel qu'une table ou un canapé. Zoé a des capacités d'imitation, avec beaucoup de stimulations et un engagement psychocorporel permanent de notre part. Elle présente des mouvements très répétitifs notamment dans l'usage détourné de certains objets et des stéréotypies.

Elle peut explorer furtivement du regard l'espace. Elle a l'air d'apprécier les vibrations d'un objet que nous lui présentons, le saisit à deux mains et l'apporte près de sa bouche pour provoquer des stimulations de la zone orale, allongée sur un tapis. Les perceptions corporelles semblent nébuleuses pour Zoé et notamment leur intégration. Sa respiration varie avec la

---

<sup>17</sup> Anomalie métabolique fréquente, définie par un taux de calcium inférieur à la moyenne. Elle peut être asymptomatique ou entraîner des manifestations cliniques sensibles et neuromusculaires.

<sup>18</sup> Coloration jaune à bronze de la peau et des muqueuses, due à l'augmentation de pigments biliaires dans le sang. Les causes sont multiples.

<sup>19</sup> Bactérie commensale des voies digestives. L'infection précoce est caractérisée par un syndrome de détresse respiratoire, d'une pneumonie, compliqués d'une septicémie et parfois d'une méningite.

situation et l'action, empreint d'affectivité. Les traits de son visage sont doux mais son regard paraît exprimer de l'inquiétude en permanence.

La prise en charge en psychomotricité tend à construire une relation de confiance, travailler sur la prise de conscience de son corps, l'enveloppe corporelle et sa fonction de contenance psychique en proposant des sensations sécurisantes, relaxantes. Il apparaît comme essentiel de la stimuler, la solliciter, la rassurer, la contenir, lui renvoyer en écho sa présence, ses actions pour développer les échanges et la communication et éviter les replis.

#### **e. La relaxation comme support de la relation avec Zoé**

Le corps véhicule l'expression des émotions : « *l'émotion, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique* » (Wallon, 1949, p. 55). Partant de ce postulat pour comprendre ma première rencontre avec Zoé, nous pouvons mettre en parallèle son importante angoisse avec des bouleversements au niveau de son tonus, laissant place à une hypertonie générale, qui a pu conduire aux importantes modifications rythmiques de sa respiration, ainsi qu'au niveau viscéral. Elle a peut-être eu un sentiment de menace de son intégrité, pouvant être induit par un défaut d'intégration sensorielle qui, dans cette situation de mouvements, a alors majoré son angoisse, corrélé à un déficit cognitif, ne permettant pas un traitement efficient des informations. Son apaisement a pu induire un relâchement musculaire, s'accompagnant d'un relâchement des sphincters.

#### ***Une angoisse envahissante***

Je retrouve Zoé, apathique, à demi allongé sur un canapé. Se mettre debout, ainsi que les déplacements sont réellement coûteux pour Zoé, réclamant un accompagnement tant verbal que physique. Elle s'accoude à tous les mobiliers sur son chemin. Sa respiration est thoracique, courte, rapide et intense, restreinte dans son amplitude. Des râlements sont perceptibles. Son regard est rempli d'inquiétude. Elle semble en grande insécurité. Arrivée dans la salle au prix d'un long périple, Zoé vient s'accouder au bureau. Face à ce dernier, ses deux avant-bras sont en appui. Son pied droit écrase son homologue. Elle réalise peu d'exploration spontanée de l'espace de la salle et reste debout, accoudée à cette place. Elle se livre à des autostimulations de la bouche ou du nez, ainsi qu'à des balancements stéréotypés. Son regard s'échoue sur l'écran de l'ordinateur. Elle s'agrippe à cette source lumineuse dont elle ne peut plus se décrocher, tout en continuant à caresser de manière stéréotypée sa lèvre supérieure.

La verticalité semble difficile et peu habituelle pour Zoé. Dans la marche, chaque pas est un déséquilibre intentionnel et nécessaire, mais la place dans une situation d'instabilité.

« *Les attitudes, la forme du corps dans l'espace nous imposent d'emblée une vision de l'état tonique de l'autre et nous met dans un état affectif particulier* » (Robert-Ouvray, 2007a, p. 43). Le changement de position a brusquement fait varier son tonus d'une hypotonie globale à une hypertonie. C'est en effet par l'observation de son organisation dans l'espace, ses manifestations corporelles et de ce qu'elles produisent en moi que j'ai pu identifier ses réactions comme exprimant une angoisse désorganisatrice, à laquelle elle réagit vivement en saisissant nos cheveux, vêtements ou visages sur un mode agressif. Ses agrippements sont peut-être une manière de se raccrocher à quelque chose pour se rassurer, le corps étant sans doute, dans cette situation, le premier espace de sécurité. Le corps est une base solide pour apprendre, découvrir et s'appropriier le monde. Une maîtrise suffisante de son corps permet à l'enfant de s'aventurer dans le monde environnant en sécurité. Or, pour Zoé, il n'est pas un repère fiable. Leur difficulté à percevoir une cohérence entre les sensations corporelles internes et les différents flux sensoriels conduit à un défaut d'intégration d'une enveloppe psychocorporelle efficiente dans ses fonctions de contenance, de maintenance et de pare-excitation, comme nous l'avons abordé précédemment. Cela peut les rendre sujets à de nombreuses angoisses. De plus, fréquemment ces jeunes présentent une grande fragilité dans les repères temporels et spatiaux, contribuant à rendre l'environnement déstabilisant, anxiogène. Toute son attitude corporelle, son comportement exprime la vigilance, notamment sa tonicité et sa respiration. Son flux respiratoire est arythmique, comprimé. « *Les centres nerveux de régulation de la respiration et du tonus sont très proches et fonctionnellement liés* » (Lesage, 2020, p. 19). Une respiration restreinte ou bloquée signe une tonicité figée et inversement. Moduler l'un permettrait ainsi d'influer sur l'autre. D'autre part, la parole seule ne suffit pas dans cette situation. Pour contenir l'angoisse, je décide d'adapter ma tonicité et d'ainsi repasser par le dialogue tonique, prémices du langage verbal. Je lui caresse le dos afin de l'apaiser par le toucher. Peut-être est-ce un partage d'émotions qui me permet de ressentir ce même besoin, face à des inquiétudes qui restent néanmoins différentes, entre les siennes et les miennes. Peut-être est-ce ce que j'aurais aimé recevoir si j'étais à sa place, de la contenance, la chaleur d'une main sécurisante et enveloppante. Nous pouvons éventuellement concevoir cette réassurance par le toucher sous l'angle de la fonction de pare-excitation du Moi-peau. Elle a pu s'apaiser un instant. Cet appui lui a permis, par des régulations toniques de retrouver un sentiment de sécurité pour poursuivre l'action.

« *L'ajustement tonico-postural, est aussi une modalité d'être-là* » (Lesage, 2020, p. 5). Il s'agit d'une manière d'être au monde et rend compte de la qualité relationnelle. La posture d'enroulement de Zoé au bureau peut être certes en lien avec des rétractations, mais aussi une aide au retour sur soi, un retrait de la relation. Il peut s'agir de la recherche d'un espace sur lequel s'appuyer, quelque chose qui puisse tenir et la tenir, la protéger et ainsi être rassurant. À défaut d'avoir pu trouver des appuis notamment dans son propre corps, elle en

chercherait désespérément dans son environnement proche pour pallier le manque de sécurité interne et assurer sa survie.

De plus, les manifestations qu'elle expose au bureau m'apparaissent comme des autostimulations. Après avoir subi une situation anxiogène, surprenante, déconcertante, en se réfugiant dans la répétition de sensations qu'elle connaît, qui lui font peut-être du bien, elle retrouve ainsi une certaine sécurité interne. Ce seraient donc des procédés auto-calmants, ici au niveau archaïque, de la sensation tactile qui, par un auto-agrippement sensoriel<sup>20</sup>, lui permettraient de sentir son propre corps, lui apporteraient de la contenance. Il s'agit de stratégies dans lesquelles tout un chacun se réfugie à un niveau plus ou moins élaboré. « *Dans un environnement non contrôlé, l'équilibre nécessaire pour alimenter l'image corporelle est difficile à réaliser. Les conduites répétitives, centrées sur l'organisme y parviennent mais, en même temps, elles limitent considérablement l'accès à d'autres objets du milieu* » (Bullinger, 2004, p. 182). Les demandes de communications sont restreintes voire absentes. Zoé paraît hermétique à tout ce qui peut se dérouler autour d'elle. Elle se présente comme les enfants autistes, s'isolant dans un retrait relationnel. Elle donne l'impression de ne vivre ni dans la relation ni dans le manque, mais dans une indifférenciation déconcertante.

Ses balancements peuvent s'apparenter à une stéréotypie, visant la recherche de stimulation visuelle ou vestibulaire, pour lui permettre de se sentir en vie, retrouver une certaine homéostasie. Ils peuvent aussi être une forme d'auto-bercement pour s'apaiser, se contenir, dans une recherche de sensations archaïques.

Zoé semble s'accrocher à la lumière de l'ordinateur. Elle s'agrippe à la source lumineuse plus qu'elle ne la regarde. Il pourrait s'agir ici d'un agrippement sensoriel visuel. Quand nous essayons de l'en détourner ou d'interférer en cachant l'écran, elle montre des réactions qui peuvent paraître agressives et nous agripper physiquement. Même si son geste n'est pas dénué d'agressivité, cette dernière n'est pas à prendre comme élément de réalité. Nous pouvons comprendre cet accrochage comme un moyen de se stimuler ou encore comme un moyen de se contenir. Nous pouvons rapprocher ce phénomène de la quête du bébé pour trouver un contenant : « *Le besoin d'un objet contenant apparaît [...] comme la recherche effrénée d'un objet - une lumière, une voix, une odeur, ou tout autre objet sensuel - qui peut tenir l'attention et de ce fait être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité.* » (Bick, 1998, p. 135). A ce moment, elle n'est pas accessible à la relation.

---

<sup>20</sup> Cf. *supra*, II.2.b Angoisse et agrippement p.29

## ***Des percussions***

Elle porte beaucoup d'intérêt à la physioball rose à picots, située au fond de la salle et s'assure à chaque début de séance de sa présence. Je l'utilise donc pour installer notre relation thérapeutique, point d'appui sur lequel pourra émerger un sentiment de sécurité, de confiance et s'instaurer un dialogue tonique entre nous. L'ordinateur est en veille, mais Zoé reste agrippée à une petite source lumineuse. Ainsi, dans l'intention de la stimuler pour éviter son repli relationnel et construire des échanges, je frappe une cadence régulière sur le ballon qui rebondit à côté d'elle. Elle imite ces frappes avec ses mains sur la table, je m'accorde à son rythme pendant plusieurs minutes. Nous sommes accordées. Mais l'activité tend à se stéréotyper, je me demande s'il s'agit véritablement d'échanges. Je décide de m'arrêter. À ce moment-là, elle détourne son regard de l'écran de l'ordinateur et s'arrête de frapper. Elle me regarde, interrogative et me sourit. Moi qui me suis souvent sentie seule dans les propositions, dans une relation très énergivore, aujourd'hui nous sommes bien deux. Existais-je enfin dans cette relation ? Dans l'action corporelle, en faisant l'expérience de s'adapter et en se maîtrisant, elle prend conscience des événements extérieurs à elle.

Je souhaite réinsuffler du désir et de la vie, la réanimer psychiquement en passant par le corps en mouvement, les modulations de la voix, les alternances de rythmes. Je sens que si je ne vais pas chercher Zoé là où elle en est par mes propositions, mes stimulations, mon énergie, elle pourrait demeurer dans ce repli. Les exercices rythmés proposés éveillent à la fois la conscience de soi avec le contact, la mobilisation segmentaire et la conscience du déroulement régulier des actions. De plus, un rythme régulier est prévisible et sécurisant. Mais pour cela j'ai dû passer par l'imitation, un des premiers modes de communication entre la mère et son enfant, une relation de mimétisme, pour aller la rejoindre là où elle en était, le temps qu'elle soit suffisamment sécurisée et parvienne à maîtriser davantage son angoisse. La création d'une alliance thérapeutique a nécessité qu'« *imitation, rythmicité accordée, accordage mimo-gesto-postural, accordage affectif et ajustement mutuel prennent sens dans une économie du plaisir du double, du plaisir de trouver dans l'autre un miroir de soi, qu'elles soutiennent l'illusion d'une capacité à trouver-crée un autre double et reflet de soi.* » (Roussillon, 2008, p. 110-111). L'interruption de cette relation en miroir la conduit à réagir, elle me regarde, ce qui me semble être la communication d'une « réponse », une reconnaissance de ma présence. Je me sens alors exister dans cette relation. Les percussions sollicitent l'écoute de l'autre, la régulation tonique, l'expression de soi, l'accordage rythmique. Le rythme est selon G. Haag le « premier contenant ». Il soutient l'axe, les coordinations et dissociations. Par la répétition du rythme, nous venons structurer le mouvement, le décomposer et soutenir l'intégration de schèmes moteurs. J'ai l'idée que cette intégration



pourrait lui permettre de trouver des repères corporels sûrs, favorisant l'investissement dans l'espace et la relation de manière moins anxiogène.

### **La relaxation**

En vue d'étayer nos échanges, basé sur de l'imitation, à travers des frappes sur le ballon, installés depuis plusieurs semaines et dans l'intention de faire du « même » en y introduisant du « pas tout à fait pareil », afin de conduire Zoé à percevoir des vécus différents et amener de « l'autre » pour entrer en relation, je propose donc quelques rythmes différents. Zoé semble y prendre beaucoup de plaisir. Une complicité s'installe dans cette répétition en écho. Je la suis, elle me suit, je ne sais plus laquelle de nous deux initie les nouveautés dans l'échange, mais les rythmes s'accroissent, je surenchéris d'un rythme encore plus rapide. Comme submergée, elle perd l'équilibre et manque de peu de s'écrouler sur l'ordinateur derrière elle. Je la rattrape de justesse. Elle est très apeurée. Je m'en veux de mettre un peu trop laissée entraîner par les rythmes de nos échanges et de ne pas avoir senti que des émotions trop intenses commençaient à monter et allaient la déborder. J'accompagne sa respiration en l'imitant de façon exagérée, la sonorifiant et décélérant progressivement. Elle retrouve son calme, allonge tout le haut de son corps sur la table, comme épuisée, mais ayant l'air d'avoir trouvé une sérénité.

Dans cette continuité, je lui propose des expériences engageant l'ensemble du corps, par le biais de la relaxation, qui nous permettent d'explorer, par le toucher et le passage de la physioball à picots, les différentes parties du corps que je nomme. La musique de ma voix couplée à une respiration sereine, offre une enveloppe berçante par son rythme, apaisante et continue, dans ce travail de remaillage des sensations entre elles. De courts instants de relation sont possibles, notamment par le renforcement du regard.

Ce n'est qu'après « *une relation suffisamment "en double"* » (Roussillon, 2008, p. 110-112), nécessaire pour « *l'établissement des premières formes du sentiment de soi* » (*Ibid.*) que j'ai pu introduire des variations, petites différences qui ne doivent pas « *excéder ses capacités d'appréhender l'inconnu auquel elle introduit* » (*Ibid.*). C'est alors avec du « même », mais « pas tout à fait pareil », qu'une certaine reconnaissance de part et d'autre a pu avoir lieu. Or, « *trop de stimulation et l'état tonique échappe au contrôle* » (Bullinger, 2004, p. 35). C'est peut-être ce qu'il s'est passé lorsque Zoé s'est trouvée sujette à un effondrement tonique. Extrêmement sensible aux variations de son environnement, cette « surstimulation » l'a peut-être surprise et désorganisée. Malgré le fait que je ne pouvais pas pleinement anticiper cette réaction, je tâche de protéger davantage les situations d'expérimentation pour garantir l'intégrité des jeunes.

Dans la relaxation avec Zoé « *un accordage de la respiration, des vocalises, des mouvements, les contacts tactiles participent du dialogue tonique* » (Bullinger, 2015, p. 53). Ils

permettent de favoriser une régulation tonico-émotionnelle. Dans cette dynamique de contenance, je joue sur la modulation de la tonalité de ma voix en fonction de ce que je veux faire passer. J'essaie d'avoir une voix douce et contenant lors des moments de relaxation. J'accompagne cette modulation par « *une respiration ample qui doit être perceptible et sur laquelle [...] peut se synchroniser.* » (*Ibid.*). Elle se met à respirer sur le rythme de ma respiration. Je l'accompagne dans un travail de relâchement du diaphragme, et plus largement de la régulation tonico-émotionnelle, par un toucher contenant, enveloppant, sur tout l'ensemble du corps de Zoé, par le biais de la physioball, médiateur de la relation. La constance de cet objet a sans doute permis à Zoé de se l'approprier et servir d'appuis à nos échanges et notre relation. Elle se trouve alors dans la relation. Une attention conjointe s'établit, matérialisée par des regards réciproques. Le contact visuel que l'on a pu mettre en place au sein de cette relation, semble être notre langage commun. « *Les perceptions somatiques, vestibulaires et vibratoires entraînent un processus de communication chez les enfants polyhandicapés* » (Scialom et al., 2015, p. 312). Je commente ce que je perçois de son vécu : « j'ai l'impression que tu as des tensions », « peut-être que tu as eu peur ou que tu es en souffrance ? ». Le toucher est progressif et segmentaire, afin de ménager les défenses corporelles de Zoé en ne touchant qu'une partie du corps à la fois, lui permettant de garder le contrôle du reste. Cela lui offre une certaine autonomie et une reconnaissance en tant qu'actrice du soins pour se réapproprier son corps. Je lui laisse le choix du début et de la fin de chaque séquence, qu'elle exprime par des gestes, en me repoussant ou en modulant sa posture. Il est une mise au travail de l'expression de son désir. J'émetts l'hypothèse qu'il permettrait alors l'investissement de son corps, la diminution de son repli, son angoisse et son « agressivité », tournée vers elle-même et les autres, par le biais de la construction d'une alliance thérapeutique.

J'ai pu observer le moment où enfin elle lâche prise dans son corps : une détente musculaire est notable notamment au niveau des jambes, habituellement maintenues érigées comme des piliers, se décroisent et elle pose sa tête sur la table. « *La tonicité est directement liée à l'affect par l'intermédiaire de la sensation.* » (Robert-Ouvray, 2007a, p. 43). De plus, nous avons remarqué précédemment que l'équilibre tonico-postural constituait le modèle même de l'autorégulation du comportement. Elle paraît ainsi vivre un début de sécurité, de relâchement tonique par un ressenti de sensations semble-t-il agréables pour elle et une intériorisation du dos qui, comme je l'ai rappelé, participe à la construction de la sécurité de base et soubassement du sentiment de continuité d'existence. « *Cette association du contact-dos avec l'interpénétration du regard et l'enveloppe sonore porteuse de modulations à fort message émotionnel* » (Haag, 2012b, p. 4). L'assimilation multisensorielle et émotionnelle par Zoé de l'expérience du corps dans la relaxation lui permet de s'individualiser. Elle surgit alors comme actrice de la relation.

## ***Des expériences inédites***

Zoé se dirige spontanément vers le gros ballon rose à picots, mais ne va pas le chercher et revient s'accouder au bureau. Elle présente de plus en plus ce type d'agissement. La psychomotricienne et moi le faisons rebondir, rouler de l'une à l'autre. Zoé nous observe. Elle rit, sautille et agite frénétiquement ses bras. Elle donne l'impression de vouloir participer. Dans les premières échanges, elle est totalement désorganisée par le ballon qui roule vers elle, puis commence davantage à gérer ses manifestations corporelles et émotionnelles. Elle le repousse.

L'espace de la salle, et notamment du bureau, apprivoisé, Zoé peut à présent l'appréhender plus calmement. La répétition du temps de percussions sur le ballon et d'un temps de relaxation au cours de nombreuses séances a peut-être permis l'intégration de repères pour Zoé. En effet, la répétition semble la nourrir, au fil des séances. Apaisée, Zoé parvient peu à peu à se détacher de l'espace de la table, tout d'abord quelques secondes, puis quelques minutes. Des échanges ont pu s'installer en faisant rouler ou rebondir le ballon. L'enfant qui se sent en sécurité affective veut « *exercer et perfectionner des mouvements connus, mais aussi chercher à découvrir ses propres moyens par des mouvements nouveaux ou dans des environnements encore inconnus.* » (Szanto-Feder, 2016, p. 177). Nous pouvons également faire un parallèle avec la théorie de l'attachement de J. Bowlby<sup>21</sup>, où la qualité du lien d'attachement permettra à l'enfant d'acquérir une sécurité de base l'incitant à explorer son environnement. Progressivement, elle initie davantage des échanges et entre en relation. Ceci me paraît très positif quant à l'amorce de la relation thérapeutique, elle semblerait en confiance.

Elle initie des actions, semble avoir des envies, mais quelque chose semble néanmoins l'empêcher de les mener à leur terme. Est-ce en lien avec une sensibilité importante à certaines informations sensorielles ou une difficulté d'intégration sensorielle ? Est-ce une appréhension de l'inconnu ou une atteinte neurologie l'empêchant de faire ? J'essaie de la soutenir dans toutes ces initiatives en allant la rejoindre et je l'accompagne corporellement pour les réaliser, en alternant deux types de propositions : des expériences connues, déjà ressenties et des nouvelles, afin qu'elle reste en confiance car l'inconnu apporté de manière trop brutale pourrait être source d'angoisse pour Zoé. Cette alternance repose sur un dosage subjectif de ce que je perçois de Zoé dans la relation thérapeutique, où l'empathie et la confiance doivent trouver des assises stables. Cette alternance n'est pas binaire mais comporte de nombreux intermédiaires à percevoir davantage comme un éventail de nuances entre les deux. Cela lui permet d'élargir son panel de nuances posturo-toniques, de

---

<sup>21</sup> Pour plus d'éclaircissements sur cette théorie, je laisse la liberté au lecteur de se référer à l'ouvrage suivant : Bowlby, J. (1978). Attachement et perte, tome 1 : L'attachement. Paris : puf.

mouvements, d'expérimentations sensori-motrices n'étant pas dans ses compétences, mais dans ses capacités, afin d'enrichir ses perceptions corporelles, prendre conscience de son engagement corporel, l'accompagner à réguler sa tonicité, trouver des appuis sécurisants dans son corps et dans l'environnement. L'intégration de ces nouvelles expériences serait source de sécurité, lui permettant de s'investir plus sereinement dans la relation. Selon A. Bullinger (2015), la répétition d'une même configuration sensori-motrice permet de modifier une conduite, comme par exemple de baisser l'amplitude de la réaction tonique à un flux sensoriel. Pour que Zoé adhère à mes sollicitations, elles doivent garantir un plaisir immédiat et rejoindre son rythme du moment. « *Les capacités d'un corps moteur, vivant et inventeur s'expriment dans la jubilation et le plaisir des sensations.* » (Potel, 2010, p. 135). Il m'apparaît comme important dans l'accompagnement de Zoé de s'appuyer sur le plaisir qu'elle peut prendre avec son corps, dans le mouvement, comme ses nombreux rires semblent l'exprimer, afin d'éviter ses replis relationnels et qu'elle soit actrice de la co-construction de la relation thérapeutique.

#### **f. Perspectives thérapeutiques**

Zoé paraît éviter les changements de position, de hauteur, qui se révèlent difficiles et peu fluides. Ils s'accompagnent souvent d'agrippements, parfois sur une tonalité agressive. Cela me conduit à émettre l'hypothèse de particularités dans l'intégration de certaines informations sensorielles notamment vestibulaires. Les agrippements pourraient alors être des réactions face aux déséquilibres. L'agressivité ne serait donc pas à concevoir ici comme une attaque, mais comme un moyen, en cherchant un appui externe, de retrouver une certaine sécurité interne. Les tensions musculaires pourraient manifester une attitude défensive de Zoé, où le tonus traduirait son état psychique, ses émotions. Au fil des séances, Zoé semble découvrir une sécurité. « *L'état de relâchement musculaire permet une baisse de retenue émotionnelle.* » (Aranda, 2015, p. 124). Ainsi, son investissement dans la relation, dans la salle de psychomotricité, évolue vers un meilleur engagement psychocorporel. Elle peut entrer dans le jeu, dans les échanges, dans un plaisir partagé à faire et à être en relation, dans un lien plus sécurisant, entre elle et son environnement. Elle est davantage présente dans l'ici et maintenant, actrice dans la relation et devient un peu plus dynamique. La fermeture des yeux, le relâchement tonique et l'apaisement de sa respiration accessible de plus en plus rapidement lors des séquences de relaxation, semble davantage correspondre à présent à des moments d'intériorisation de l'état de détente dans lequel elle entre petit à petit. L'intégration d'expériences sensori-motrices pourrait l'aider à stabiliser une conscience de soi et l'accompagner dans la construction de sa subjectivité. Cet état ne peut se faire que dans la relation, en présence de l'autre.

Sa manière d'être au monde est très labile : le moindre événement ou sollicitation, peut la faire passer d'un état d'apathie, d'indifférence à une agitation, totalement envahie par des sensations insoutenables, incompréhensibles qui la désorganisent, se résolvant dans le repli et dans des conduites d'auto-apaisement tels que l'autostimulation de ses lèvres avec son index ou l'insertion de ce dernier dans l'une de ses narines. Ce trouble relationnel me pose la question d'un trouble de la relation précoce qui aurait pu se mettre en place à la suite de son hospitalisation en réanimation néonatale. Dans cette situation, les conditions de soins intensifs, invasifs, et quelques fois douloureux, sans bénéficier de soins contenant et apaisants de sa mère, ne favorise pas l'accordage serein et attendu entre elles.

Les symptômes visibles chez Zoé pourraient évoquer un trouble de l'adaptation définit comme des :

*« états de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant. [...] Le trouble peut s'accompagner d'un trouble des conduites (p. ex. un comportement agressif ou antisocial), en particulier chez les adolescents. [...] Chez les enfants, le tableau clinique comporte fréquemment des phénomènes régressifs, p. ex. une énurésie, un parler "bébé", ou une succion du pouce. »* (Organisation Mondiale de la Santé, 1993, p. 133-134).

Or, le diagnostic de trouble de l'adaptation ne peut être émit si les symptômes répondent aux critères d'un trouble mental spécifique. Compte tenu de la situation de polyhandicap, nous ne pouvons pas savoir s'ils sont expliqués ou non par les diverses atteintes décrites précédemment.

Nous pouvons faire l'hypothèse que Maëlle et Zoé n'ont, pour le moment, pas trouvé d'autre façon de se sentir exister, apaiser leurs angoisses, que d'avoir recours à ces manifestations corporelles, cette manière d'être au monde spécifique.

#### **g. Une difficulté à être en relation commune**

Pour Maëlle comme pour Zoé, tout dans leur manière d'être au monde se déroule comme si leur enveloppe corporelle, au sens du Moi-peau d'Anzieu, manquait de consistance, de stabilité et de contenance. Leurs manifestations corporelles semblent exprimer à mon sens, un manque de contenance psychocorporelle. J'ai l'idée que ce manque de contenance les mène à l'incapacité de contenir et accueillir les stimulations sensorielles, tant internes qu'externes, sans se désorganiser.

Elles présentent toutes les deux un important fond commun d'angoisse mais, comme nous venons de l'entrevoir, une manière d'être au monde, d'être dans la relation, bien

distincte. La réflexion qui va suivre autour de ces deux modalités m'est totalement personnelle. Elle s'étaye néanmoins sur un échange avec B. Lesage<sup>22</sup>.

Nous ajustons en permanence notre posture dans les diverses situations et rencontres que nous faisons. Elle correspond tant à une organisation corporelle, tonique et spatiale, qu'à une qualité relationnelle et émotionnelle. Elle étaye donc une harmonie gestuelle, instrumentale, expressive et également relationnelle. Toile de fond de la posture, la fonction tonique peut être conçue comme une « zone de malléabilité qui se manifeste selon une polarité im-pression/ex-pression » (Lesage, 2020, p. 14), une fonction transitionnelle entre le dedans et le dehors permettant l'« adaptabilité relationnelle » (Cf. Figure 4). Les im-pressions seraient d'origines externes, tant physiques que psychiques, des pressions du milieu affectant l'individu qui les vit par le biais d'une modulation tonique, tel que la parole, le regard, l'exigence du milieu, des protagonistes, etc. Les ex-pressions représenteraient des actions dirigées en dehors. C'est l'individu qui marque alors son empreinte sur l'environnement.

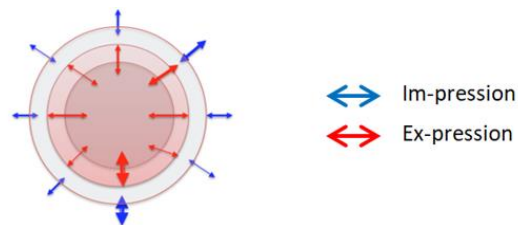


Figure 4. Schéma modélisant l'adaptabilité relationnelle, d'après B. Lesage (2020, p.15)

Maëlle se présente selon un modèle relationnel et de présence au monde où dominent les ex-pressions. Une grande partie de ses manifestations corporelles est tournée vers l'extérieur. Elle est énormément dans la recherche de contact, d'entrer en relation avec son environnement, malgré le fait que cela ne soit pas toujours adaptée et parfois agressive, portant atteinte à l'intégrité physique de son partenaire. Ses mouvements stéréotypés paraissent parfois témoigner d'une excitation interne. L'excitation peut être telle qu'elle aboutit à des conduites masturbatoires compulsives, afin de la dissiper. C'est une modalité d'expression très archaïque qui ne permet pas de transformer l'excitation. Si cette excitation ou pression interne est trop importante, elle « explose ». Son agitation, son auto-agressivité et hétéro-agressivité, ses stéréotypies semblent être en effet pour elle quelque chose d'existential. Ces troubles externalisés représentent une inflation de l'individu par rapport à son milieu. Sa motricité globale est instable, imprévisible et affectée par un recrutement tonique important qui peut se concevoir comme un moyen de lutte contre un manque de contenance corporelle. Elle est en hypertonie, dans une posture où les membres sont généralement en rotation externe et abduction, en expansion. Selon ce modèle de l'hyper-tonique (Cf. Figure 5)

---

<sup>22</sup> Docteur en sciences humaines, médecin et formateur en danse-thérapie. Il enseigne également diverses approches corporelles.

l'individu peut se montrer « envahissant et agressif », ce qui correspond aux manifestations de Maëlle.

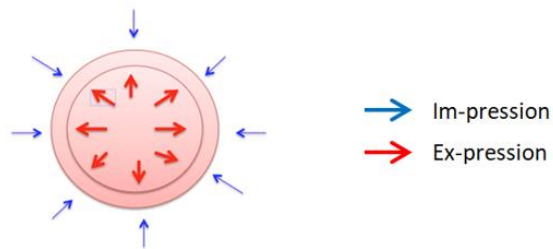


Figure 5. Schéma modélisant l'hyper-tonique, d'après B. Lesage (2020, p.16)

Zoé expose de grandes difficultés de régulation tonique. Elle n'arrive pas à nuancer ses attitudes, ce qui peut être cohérent avec ses atteintes neurologiques, mais qui peut être accentué par des éléments qui se surajoutent. Il y a peut-être une dimension émotionnelle à prendre en compte. La position debout n'est peut-être pas une posture où Zoé se sent en sécurité. Son recrutement tonique pouvant être mis en lien avec son hypervigilance dans ses moments d'angoisses, se retrouve aussi dans des postures où elle devrait plutôt se relâcher. En revanche, elle peut présenter soudainement une brusque variation tonique dans le sens d'une hypotonie, comme si elle s'effondrait. Les flux sensoriels sont difficilement intégrables. Des capacités cognitives plus efficaces pourraient peut-être lui permettre de mieux adapter sa posture, ses mouvements, sa régulation tonico-émotionnelle, sa connaissance de l'environnement en relation, la connaissance de son propre corps. Émotionnellement, nous pouvons penser qu'il y a de la peur, de l'appréhension et même parfois de l'angoisse. Elle ne peut anticiper cognitivement une situation. Au niveau émotionnel, elle est toujours sur le qui-vive et reste en circuit fermé, sur elle-même. Elle est « écrasée » par l'extérieur, comme si la pression externe était trop importante et dépassait ses possibilités de modulation, la réponse tonique s'effondre alors. C'est la dé-pression (Cf. Figure 6). Ses manifestations corporelles sont davantage internalisées. En retrait, elle se replie sur elle, s'autostimule pour s'apaiser, apathique, inhibée comme voulant s'isoler de son environnement.

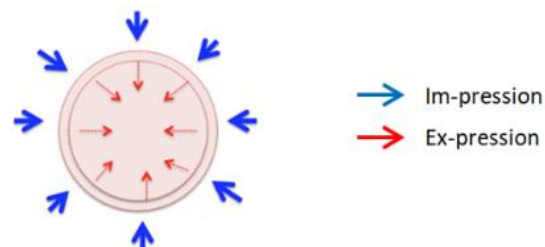


Figure 6. Schéma modélisant la dé-pression, d'après B. Lesage (2020, p.15)

#### **IV. Co-construction d'une relation thérapeutique**

##### **1. Adaptation du cadre thérapeutique, support de la relation**

La relation thérapeutique s'inscrit dans un cadre qui la délimite et lui apporte une structure. Le cadre thérapeutique en psychomotricité cherche à être contenant, sécurisant, soutenant, limitant et permettant au maximum la symbolisation. Le cadre est à concevoir dans une dimension tant matérielle que psychique. Il existe ainsi un cadre externe concernant : les lieux, l'heure, la durée, la fréquence des séances en psychomotricité, mais aussi les personnes qui peuvent être présentes et les médiations utilisées, en lien avec le projet thérapeutique du jeune. C'est ce premier élément du cadre qui sera exposé dans cette partie. Mais, il existe également un cadre interne, psychique, celui du psychomotricien qui se rapporte davantage aux bases théoriques sur lesquelles il s'appuie pour penser, élaborer et accompagner les séances avec le jeune, son savoir-faire, ainsi que son savoir-être. « *Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (Potel, 2010, p. 321).

J'ai donc cherché les moyens les plus adaptés à ces jeunes afin de créer un cadre contenant, favorisant ainsi la co-construction d'une relation thérapeutique et un sentiment de contenance. Pour ces jeunes très carencés, notre présence, notre écoute, notre étayage, notre cadre permet d'établir un lien de confiance et de sécurité nécessaire. L'agressivité, l'angoisse, la complexité à entrer en relation, auxquelles s'ajoutent des difficultés institutionnelles, attaquent le cadre thérapeutique que j'essaie d'instaurer, ainsi que la continuité des accompagnements. Mais j'ai pris le parti de continuer, de trouver mes propres capacités à y répondre et de contenir ces relations thérapeutiques avec un maximum de stabilité, de cohérence, portée par le sens que je confère à ce cadre thérapeutique.

Le cadre thérapeutique en psychomotricité est, pour moi, un espace transitionnel d'échanges au sens de D. W. Winnicott, où le sujet se sent contenu. C'est-à-dire une aire transitionnelle, un espace de partage et d'échanges permettant de limiter le Moi et non-moi. C'est pourquoi j'ai voulu que dans cet espace, tout puisse être exprimé, notamment les émotions, la subjectivité et la créativité de chacun, mais aussi les angoisses, l'agressivité.

##### **a. Temps : rythme, adaptation**

Je trouve important de ne pas être dans la négation de ce qu'est le jeune dans l'ici et maintenant, l'obligeant à devenir, peu importe s'il le peut ou non, celui qu'il devrait être, à partir de modèles ou bien de désirs plus ou moins conscient de la part de l'adulte. Réflexion qui prend d'autant plus de sens quand nous nous trouvons face à des enfants présentant déjà de sérieuses perturbations quant à leur développement. Je tache donc de rejoindre ces jeunes là où ils en sont, m'adapter à eux et à leur niveau d'intérêt.



Donner des points de repère, comme par exemple les marionnettes en début et fin de séance avec Maëlle, un ordre déterminé dans le type de propositions, m'a semblé permettre de contribuer à leur sentiment de sécurité, par la possibilité d'anticipation à minima ce qu'il leur arrive. Ils en sont incapables d'eux-mêmes et donc cela contribuerait à leur investissement dans les activités. « *Cette rythmicité contribue au sentiment de continuité d'être et à la construction d'une enveloppe.* » (Veeser, 2015, p. 143). De plus, j'ai essayé d'ajuster en permanence mon rythme à eux, ne pas être dans la précipitation, dans l'afflux de mots, ne pas les noyer d'informations. Il suffit d'être posé. Être avec la personne permet de donner une assise. Les progrès sont lents et peuvent se compter en années pour ces jeunes. Il a été fréquent que les séances soient annulées à la dernière minute pour diverses raisons. J'ai alors veillé à les mettre en mots et les anticiper auprès des jeunes, dans la mesure du possible.

#### **b. Espaces : balnéothérapie, salle**

J'ai été amené à organiser et réorganiser constamment le milieu matériel afin d'être au plus près de leurs besoins, leurs possibilités, et ainsi de pouvoir proposer un environnement adéquat, « stimulant » pour contenir les expériences sensori-motrices, favoriser des sensations nouvelles, en relation et qu'ils s'y sentent en sécurité.

#### ***La salle de psychomotricité***

J'essaye de façonner la salle en un environnement confortable, rassurant et que l'organisation des différents espaces soit relativement stable, afin qu'elle soit sécurisante par sa continuité. La constance du matériel à disposition par sa prévisibilité, permet à Zoé par exemple, l'appropriation de l'espace de la salle et l'investissement d'un objet médiateur support des interactions. Cet espace semble assurer un rôle contenant et sécurisant pour elle, favorisant la sortie de son repli relationnel. Il permet de pouvoir ensuite progressivement diversifier ses expériences dans l'espace de la salle.

Je cherche aussi à adapter la salle et le matériel, plus ou moins mis à disposition, selon les capacités, besoins, difficultés et spécificités de chaque jeune. J'organise aussi l'espace de la salle de telle sorte qu'ils ne soient pas ou moins désorganisés par certains objets trop stimulants pour eux. À l'instar de Zoé, j'éteins donc l'écran de l'ordinateur et libère l'espace de la table où les objets présents étaient systématiquement jetés au sol.

## ***La balnéothérapie***

Les raisons du choix de l'eau comme espace de médiation avec Maëlle sont multiples. J'en ai évoqué précédemment les intérêts et apports perçus dans les séances. C'est la dimension relationnelle de cet espace que j'aimerais ici abordée, afin de saisir l'ajustement aux problématiques de Maëlle. Une éducatrice de son groupe, la connaissant très bien, est présente lors de la séance et reste à côté du bassin, afin de pouvoir agir en cas de nécessité. Elle constitue comme une première enveloppe avec la psychomotricienne et moi-même dans l'eau, autour de Maëlle. Nous visons à lui apporter une attention psychique soutenue, des échanges émotionnels riches, ainsi qu'une enveloppe sonore. Dans l'idéal nous devrions également, nous-même être enveloppées par l'institution, mise à mal tout au long de cette prise en charge. Ces enveloppes participent à la construction d'un cadre sécurisant. De plus, cet adulte de référence pour Maëlle peut constituer une sécurité supplémentaire, toile de fond aux explorations.

Maëlle recherche en permanence la relation et particulièrement le contact physique à l'adulte. Elle réalise ses demandes par collage, par des manifestations corporelles, se révélant parfois agressives, qui peuvent mettre à mal la relation. Une délimitation progressive des espaces de chacun, ainsi qu'un jeu autour des distances interpersonnelles pourrait faciliter la relation et les apprentissages par l'exploration. Dans cette perspective, l'eau nous est apparue comme un médiateur pertinent pour Maëlle. En effet, l'eau est comme un élément intermédiaire qui permet de faire du lien. Elle est un « *intermédiaire tactile entre soi et les autres* » (Potel, 2017, p. 54). Nous n'avons pas besoin d'être dans une grande proximité physique, pas besoin d'être dans un contact pour toucher et être touché. L'eau enveloppe. Nous percevons les sensations de notre corps propre, mais aussi les mouvements de l'autre par le prolongement des mouvements telle une onde qui va tout d'abord, par le déplacement de l'eau, toucher notre corps, puis celui de l'autre. « *L'eau concrétise l'"entre-nous", un lien tant physique que symbolique, un continuum de matière entre soi et l'autre.* » (Fritis Arcaya, 2010, p. 79). Je pense que cela est un des éléments qui pourrait expliquer la possibilité, pour Maëlle, de venir nous voir et repartir aisément, sans angoisses ou agitations apparentes, comme cela peut être le cas généralement. Nous avons pu lors de la séance en balnéothérapie jouer sur les distances ou parfois la proximité comme lors des portages, facilités par le phénomène de flottaison de l'eau, ce qui ne serait pas possible dans la salle. Nous pouvons la soutenir, la porter, lui proposer des appuis très différents de ceux possibles habituellement. Les expériences posturo-toniques, sensori-motrices et de régulation tonique sont plus aisées dans l'eau pour elle. Les jeux dans l'eau peuvent être sensoriels, de mouvements, de distances, de rythmes, de coordinations, etc. Ils amènent le plaisir. De plus, la spécificité de l'eau est qu'il y a un feed-back (visuel, auditif, des projections) immédiat de l'objet médiateur. Il y a un effet sans que nous intervenions en tant que psychomotricien, ce qui peut modérer la recherche constante de sensations pour se sentir exister comme c'est le cas de Maëlle. Elle

est principalement dans l'ex-pression, l'eau permet davantage d'im-pressions étant donné ses propriétés et les informations fournies au sens, ce qui pourrait permettre une régulation de l'adaptabilité relationnelle. « *L'eau constitue également un milieu tiers : un territoire "neutre" qui n'est ni celui du patient, ni celui du psychomotricien. Chacun y est plongé avec les mêmes effets de pression, d'inertie, de résistance, de caresse et chaleur de l'eau ; une aventure partagée en quelque sorte.* » (Fritis Arcaya, 2010, p. 79). L'eau a ainsi un effet de surprise, car c'est un milieu très différent, notamment par ses propriétés, du milieu aérien dans lequel nous vivons. De part ces nombreux intérêts, pour Maëlle, nous avons accepté de ne pas savoir comment elle allait réagir avec nous en lui proposant cette médiation, en psychomotricité, dans un cadre très différent de celui du groupe où elle va habituellement depuis quelques mois.

### **c. Objectifs thérapeutiques**

Je suis tout d'abord partie du principe que déterminer des objectifs me permettrait de construire un cadre afin de m'inscrire dans la prise en charge de ces jeunes. Mais, je me suis ensuite rapidement rendu compte qu'ils étaient peut-être un peu trop ambitieux au regard d'un accompagnement d'une demi-année. De plus, commencer par certaines bases du développement, ainsi que la prise en compte de ce qui induit de la souffrance chez le jeune, m'est apparu comme un préalable indispensable. J'ai cherché à offrir à Maëlle et Zoé des expériences sensori-motrices qu'elles puissent s'approprier par la mise en mots et le dialogue tonico-émotionnel, afin de leur permettre d'affiner la conscience de leur unité psychocorporelle, en relation, et de constituer un début de subjectivité. Tendre vers ce projet m'a demandé d'établir des objectifs certes plus modestes mais atteignables graduellement, tels que lutter contre les angoisses, mieux être au monde, entrer en relation, établir une relation thérapeutique, rechercher une cohérence dans leurs perceptions corporelles, des sensations apaisantes, de sécurité, prendre conscience de son corps ou encore travailler autour des vécus archaïques. Le cadre dépend aussi et surtout de notre disponibilité intérieure.

## **2. Cadre interne du psychomotricien**

Convaincue de ma « mission » thérapeutique et de l'intérêt du métier de psychomotricien, le partage d'expériences avec d'autres professionnels, m'appuyer sur des théories et sur une certaine éthique du soin m'a aidé à ne pas abandonner cette mission.

Afin de parfaire cette partie, je vais dès à présent vous livrer certains des ajustements que j'ai préférés prendre au regard des manifestations corporelles des jeunes, pas toujours contrôlées ou adaptées à la situation, des agrippements ou de l'hétéro-agressivité. Je préfère

retirer mes bijoux et notamment mes boucles d'oreilles par mesure de sécurité. Je me suis également rendu compte qu'il était préférable, sur les groupes, d'avoir chaque jeune dans son champ de vision, car ils peuvent nous surprendre comme il m'est arrivé de le constater plus d'une fois ou se mettre rapidement en situation de danger, souvent involontairement. Certains jeunes sont hypersensibles au niveau sensoriel, notamment à la lumière, aux bruits, à la couleur, aux odeurs. Il est donc préférable d'avoir une tenue neutre. J'ai veillé à ne pas me laisser déborder par l'angoisse ou l'agressivité d'un jeune et il m'apparaît important de pouvoir parler le plus tôt possible des situations où nous nous sentons en danger ou pas à l'aise, afin de pouvoir les penser.

#### **a. Intérêts de la psychomotricité**

Je pense que la qualité de l'accompagnement que l'on propose est profondément imprégnée de la valeur que nous accordons aux jeunes en tant que personne, de l'intérêt pour leurs actions, leur sens et la signification de leurs comportements. Or, parvenir à construire une relation et communiquer avec ces jeunes ne va pas toujours de soi. « *La communication entre les êtres se fait non seulement par des mots, mais également et beaucoup plus par des gestes, attitudes, tonalités de voix, qualités imperceptives de l'expression* » (Bailly cité par De Ajuriaguerra, 2008, p. 166). Dans ce sens, du fait de son approche sensible pour analyser la communication non verbale, le psychomotricien a des compétences appréciables pour communiquer autrement. Il dispose de ressources permettant la construction d'une relation, là où la communication verbale, classique, se révèle trop pauvre et insuffisante comme auprès de ces jeunes. En effet, quand nous sommes sensibles au mouvement, à la question de la tonicité, nous nous rendons compte de l'expression, des traits de personnalité de l'autre et d'un langage sous-jacent qui rend possible la communication. Des modifications au niveau de la posture, du tonus, du regard, des expressions faciales me permettent, au-delà des mots, de saisir ce qui se joue dans la relation, d'essayer de m'approcher du sens que donne le jeune à son activité et de l'accompagner avec empathie dans ses émotions. Ce regard clinique complémentaire de celui des autres professionnels peut servir de médiateur entre un jeune au « comportement » mal compris, comme les agrippements et les manifestations corporelles d'allure agressive, dont j'ai abordé la problématique tout au long de cet écrit, et une équipe. Une meilleure communication permet de construire une meilleure relation, pouvant devenir thérapeutique si nous définissons un projet thérapeutique. « *Nous utilisons le corps en même temps comme objet de relation et comme élément unificateur du moi.* » (De Ajuriaguerra & Cahen, 2008, p. 159-160). En effet, l'engagement psychocorporel du psychomotricien est partie intégrante de son travail : être présent de façon active, tant corporellement, psychiquement, qu'émotionnellement. Être à l'écoute est une disposition mentale, une décision que l'on prend. Être attentive à la communication infra-verbale, au dialogue tonico-émotionnel, aux manifestations psychocorporelles de ces jeunes et la résonance qu'elles

produisent en nous a été important pour moi, pour entrer en relation et communiquer au mieux avec ces jeunes. À leur rencontre, j'ai perçu chez eux une grande sensibilité à l'état émotionnel de l'autre et une compréhension bien plus importante que ce qu'ils affichent. En retour, j'ai donc été attentive à ma communication infra-verbale, c'est-à-dire ajuster ma posture, la distance interpersonnelle, ma tonicité, ma prosodie, afin de créer une atmosphère propice à la rencontre et à la co-construction d'une relation thérapeutique.

### **b. Fonction alpha et réflexivité**

Le corps est au premier plan dans la relation thérapeutique en psychomotricité. En aspirant à instaurer ce que D. W. Winnicott nomme un environnement « suffisamment bon », pour favoriser l'émergence des angoisses corporelles, les accueillir et les transformer, je réalise que cela peut être mis en parallèle avec la « fonction alpha » de la mère (Bion, 1979), dans le modèle du « contenant-contenu ». À travers cette fonction et par sa capacité de rêverie, la mère contient et métabolise, en mettant à disposition son appareil psychique, les « éléments bêta », éléments bruts. Elle tente de donner un sens à ce que l'enfant ne peut contenir et élaborer seul, à ses manifestations corporelles. En détoxifiant les éléments bêta en « éléments alpha » disponibles pour la pensée, elle les rend assimilables. Cette fonction contenante permet une symbolisation, rendant possible une différenciation et un accès à une conscience d'un Moi et d'un non-Moi. C'est le processus de pensée.

En effet, face aux manifestations corporelles de Zoé et Maëlle, je prends le parti de mettre en mots ce que j'en saisis, afin de les accueillir et contenir en y mettant un sens. Je tente de percevoir, de transformer, ce qui, à travers des signaux corporels et émotionnels, est angoissant ou peu supportable pour elles, en éléments assimilables. J'essaie de leurs partager ces derniers en proposant une réponse tant corporelle, sensorielle que verbale. Je suis ainsi amenée à construire une représentation de leur vécu corporel, soutien à l'élaboration d'une sécurité corporelle et psychique. « *La relation thérapeutique en psychomotricité ne peut pas alors se définir comme une neutralité bienveillante mais, au contraire, comme un relation où le corps du thérapeute devient un véritable organisateur pour le sujet comme aurait pu l'être celui de sa mère lors de ses premières expériences avec le monde extérieur.* » (Vachez-Gatecel, 2009, p. 123). Afin d'éclairer mon propos, je peux l'illustrer plus précisément de la situation où Zoé a manqué de peu de s'écrouler en arrière et chuter lors de nos échanges rythmiques frappés sur la physioball, qui ont semblé devenir à un moment donné trop intenses et angoissants pour elle. J'ai alors verbalisé ce que je percevais de son état, aspirant à trouver un sens au plus près de ce qu'elle venait de vivre, tout en essayant d'induire corporellement à travers le dialogue tonico-émotionnel un relâchement et un retour à une certaine stabilité tonico-posturale et émotionnelle. « J'ai l'impression que tu as été surprise par mon rythme,

peut-être même que tu as eu peur. J'ai été surprise de te voir perdre l'équilibre, je ne voulais pas que tu te fasses mal. » Zoé s'est apaisée peu à peu.

A ceci s'ajoute que « *quand l'adulte référentiel ne peut se représenter la vie affective du bébé, quand il ne peut partager ses affects, ses derniers tendent à se désorganiser ou peinent même à s'organiser, ils restent énigmatiques, potentiellement chaotiques* » (Roussillon, 2008, p. 108). Ainsi, l'observation et la compréhension de ses jeunes ne sont pas possibles sans la capacité du soignant à se représenter ce qu'il observe et à le théoriser. Ainsi, c'est par la réflexivité, qui relève de la réflexion, au sens du retour sur soi de la pensée, en prêtant mon appareil psychique à ces jeunes, que j'ai pu me représenter ce qu'ils éprouvaient. « *Ce sont des impressions, des sensations, qui se manifestent par et dans le corps et n'accèdent à la conscience que par le fruit auto réflexif du psychomotricien.* » (Girardier, 2015, p. 101). Il s'agit d'un partage intersubjectif d'expériences émotionnelles et affectives. Ces élaborations me permettent de faire des hypothèses, de conceptualiser, de partager, de reconnaître et d'étayer les situations que vivent les jeunes et de réagir en retour. Mais cela n'est probablement pas exactement ce qu'il en est pour eux, car je les construis à partir de mes propres ressentis, mon expérience personnelle, mes représentations en me référant aux sensations inscrites dans mon propre schéma corporel. Cette proposition de sens n'est donc pas une vérité absolue. Je considère que seule la personne elle-même sait ce que cela signifie d'être elle-même, le sens de ce qu'elle vit, de ses manifestations corporelles, ses affects, ses états émotionnels, même si ce « savoir » peut être limité du fait de sa situation de polyhandicap. Nos éclaircissements se veulent au plus près de ce que l'on perçoit de la personne, mais demeurent approximatifs. Ils ne seront jamais exactement pareils, mais permettent d'introduire du « pas tout à fait pareil » et ainsi de l'altérité, signifiant l'intersubjectivité de chacun des partenaires de la relation.

### **c. Contre-transfert corporel**

Comme il est énoncé, « *le corps du soignant est au cœur de toute relation soignant-soigné même si nous n'en avons pas toujours conscience* » (Cohen-Léon, 2007, p. 99). Dans la situation d'accompagnement de jeunes en situation de polyhandicap, le soignant et son corps sont vivement sollicités. Les dimensions du transfert et contre-transfert, à travers le langage verbal et plus particulièrement le toucher en psychomotricité, doivent être interrogées. Pensées dans le champ de la psychanalyse, les notions de transfert et contre-transfert sont omniprésentes dans les soins. Le transfert correspond à ce que nous ressentons et le contre-transfert à ce que nous renvoyons à l'autre dans la relation.

« *L'un des accès au langage corporel de l'autre est de s'ouvrir à son propre fonctionnement corporel* » (Potel, 2017, p. 26). C. Potel propose le concept de contre-transfert corporel, basé sur la relation et en lien avec l'empathie, qui est pour moi un mode d'accès aux

vécus corporels de ces jeunes, qui ne peuvent être verbalisés par eux-mêmes. La pertinence de cette terminologie pourrait cependant être discutée. Il associe « *aux éprouvés "empathiques" émotionnels, les éprouvés sensoriels, vécus et transmis presque parfois par contagion dans le corps du thérapeute qui y accorde toute son attention pour les penser et les transformer en représentation, d'abord pour lui-même et ensuite pour son patient.* » (Potel, 2015, p. 37). Cette contagion des états émotionnels, presque au sens strict du terme, est éminemment remarquable lors de ma première rencontre avec Zoé. À son contact, au-delà des mots, induit par son corps et ses émotions, je prends conscience qu'ils résonnent en moi. Je sens qu'émergent dans mon propre corps, des modifications végétatives notamment ma respiration qui est alors limitée, des impressions, des émotions.

« *L'acceptation de l'émotion, ressentie et immédiate, la prise en compte des perceptions, y compris celles qui sont a priori incompréhensibles, la mise en conscience des résonances induites par le patient, cette somme de mouvements internes va aboutir à une qualité de gestes qui peuvent alors, à certains moments, prendre une valeur quasi interprétative.* » (Potel, 2015, p. 116).

Dans cette rencontre, les éléments transféro-contre-transférentielle réveillent sans doute des vécus anciens enfouis dans ma mémoire corporelle, me permettant dans l'ici et maintenant, grâce aux savoir-faire, aux connaissances théoriques et de soi, mais surtout au savoir-être, à la qualité d'être et d'écoute intégrés au cours de ma formation, l'élaboration de ces phénomènes m'apporte une réponse ajustée, authentique. Ce travail d'élaboration me permet des ajustements toniques, sensoriels, affectifs et corporels, associés à un vécu émotionnel, réciproques, dans la relation, au fil des séances, à partir des vécus. Il est essentiel pour conserver notre fonction thérapeutique. En écho, dans cette situation par exemple, je ressens l'état de Zoé, que je dois contenir pour ne pas me laisser submerger par ce que j'identifie comme de l'angoisse. Le psychomotricien « *écoute mais utilise aussi son propre langage corporel, son propre appareil psychosensoriel comme résonateur d'émotions et terre d'accueil* » (Potel, 2010, p. 348). La prise d'initiative motrice est favorisée, spontanée mais néanmoins pensée. Dans l'immédiateté de la rencontre, je ne pouvais dire clairement ce qui m'a permis de prendre la décision de placer ma main dans le dos de Zoé. Le contre-transfert corporel « *peut faire l'objet d'une élaboration après-coup grâce à laquelle ce qui a été perçu remonte au niveau de la conscience* » (Potel, 2015, p. 36). B. Golse propose « *le "parlé du corps" du soignant* »<sup>23</sup> qui n'est pas un passage à l'acte mais plutôt une mise en acte, fruit d'un cheminement intérieur chez le thérapeute. Les réponses ne sont jamais exactement les mêmes de celles du jeune, mais elles permettent de créer un espace de pensée. Puis, petit à petit va pouvoir apparaître de la différenciation, du nouveau, de la créativité, de la subjectivité. Dans le cadre de la relation thérapeutique en psychomotricité, le toucher est

---

<sup>23</sup> Dans l'ouvrage *Du contre-transfert corporel : une clinique psychothérapique du corps* (Potel, 2015)

aussi imprégné d'affects dans la relation à autrui. Par le toucher s'installe un dialogue tonico-émotionnel et participe ainsi à la communication infra-verbale car la fonction tonique, comme nous l'avons vu, communique des états émotionnels.

Ce contre-transfert corporel est un outil de travail pertinent pour accompagner, comprendre ce qui est exprimé dans le corps de l'autre et ce d'autant plus quand le langage est absent. Il a trouvé toute sa place dans l'accompagnement de Maëlle et Zoé. Néanmoins, il est nécessaire de faire la distinction entre ce qui émane du jeune et nous, en tant que personne, prendre des précautions pour se dégager de nos projections, nos angoisses, nos mécanismes de défense propres. Il convient de prendre de la distance avec nos propres systèmes de représentations, afin d'éviter l'impasse thérapeutique. Le corps, tant le nôtre que celui du jeune, apparaît alors comme un appui, un support à la co-construction d'une relation thérapeutique.

#### **d. Appui-support**

Qu'entendons-nous par appui et support ? Le terme appui se définit communément comme « *ce qui sert à maintenir la stabilité de quelque chose ; soutient, support* », une « *aide matérielle ou morale apportée à quelqu'un ; protection* » (Jeuge-Maynard, 2009a, p. 58). Un support est « *ce qui supporte ; appui ou soutient de quelque chose* » (Jeuge-Maynard, 2009b, p. 976). Dans cette perspective, j'aimerais vous partager le parallèle que j'ai pu établir dans ma pratique entre cette notion d'appui-support et mon engagement psychocorporel dans les relations thérapeutiques que j'ai pu établir.

Nous venons de l'aborder dans les parties précédentes, le tonus est le corps des émotions. Il donne lieu au dialogue tonico-émotionnel entre les deux partenaires de la relation. Nos corps, tant le leur que le mien, sont donc le support de la rencontre, de nos échanges et de la communication non-verbale où les expressions faciales, les regards, la posture expriment des vécus, des éprouvés, des besoins, des désirs. En ce sens, le corps est comme un appui, un élément de la vie psychique. Lorsque je m'adresse verbalement à eux, j'exagère mes gestes, mes expressions faciales, utilise quelques signes de LSF pour appuyer mes paroles et faciliter leur compréhension. De plus, concernant la fonction alpha et le contre-transfert corporel, je prends le parti par mon engagement d'offrir mon psychisme et mon corps comme support pour accueillir, contenir, élaborer et transmettre ce que je semble percevoir ou identifier. E.W. Pireyre expose que « *nous représentons alors un soutien pour affronter, supporter et élaborer un vécu terrifiant* » (Scialom et al., 2015, p. 302). En effet, dans le cadre de ma mission thérapeutique, j'essaye d'être un support pour les aider à traverser ce qui est angoissant ou peu supportable et soutenir l'élaboration d'une sécurité corporelle et psychique.



Ces jeunes atteints de polyhandicap, présentant des altérations somatiques et pour qui la subjectivité, la conscience de soi et la sécurité interne peuvent être fragilisées, nécessitent dans diverses situations un contact au corps-à-corps. Il est reconnu comme thérapeutique, afin d'accompagner le processus de prise de conscience du corps et certaines mobilisations. La dimension d'appui-support dévoile ici un de ses aspects plus physique, comme la main que j'ai posé dans le dos de Zoé pour l'apaiser et lui permettre de ressentir une contenance, un appui qu'elle ne peut retrouver au fond d'elle-même. « *Une main "appui" est une main soutenance, chaleureuse et sensible* » (Potel, 2017, p. 70). Elle peut être visible dans l'appui contre mon corps, tel un support pour Maëlle qui s'adosse à moi à plusieurs reprises. Offrir un appui-support corporel peut consister également à tenir sa main pour assurer un équilibre précaire lorsqu'elle sort de l'eau. Je ne conçois pas cette proposition d'appui-support à l'autre comme un état passif, mais une décision que l'on prend, une qualité de présence ajustée à l'autre. Afin d'élargir cette réflexion et de l'éclairer d'une illustration significative pour tous, je peux la comparer à l'enfant qui se sent bien dans les bras de l'adulte s'il s'y sent détendu. « *Ainsi, dès le départ et pendant de longs mois, nous devons le soutenir tout le long du dos : il ne faut pas qu'il ait l'impression, la sensation, d'avoir du vide dans le dos.* » (Szanto-Feder, 2016, p. 48). Ainsi nous lui offrons la possibilité de se sentir détendu et à l'aise dans nos bras que nous lui proposons comme support. La qualité de l'appui que nous offrons ne dépend pas uniquement de la partie de notre corps que nous proposons comme support, mais de tout notre corps engagé dans ce soutien, notre disponibilité, comme lors du portage dans l'eau avec Maëlle. « *La sensibilité de la main, va dépendre de la disponibilité du bras, de l'ouverture des épaules, de la poitrine...* » (Potel, 2017, p. 70).

Cet appui-support peut se corréler à la fonction de maintenance du Moi-peau, dans laquelle D. Anzieu précise que le bébé « *ne peut s'adosser à ce support en toute sécurité que s'il est sûr d'avoir par son corps des zones de contact étroit et stable* » (1995, p. 122). Le support qui invite à y trouver appui est celui que l'on considère comme suffisamment solide, dans lequel nous avons confiance et qui nous incite à lâcher notre poids. J'ai donc essayé d'être pleinement attentive à la posture que j'adoptais avec ces jeunes, afin qu'ils puissent sentir qu'ils peuvent s'appuyer contre moi et que je tiens physiquement mais aussi psychiquement. Même si au début, cela a été compliquée pour moi d'être pleinement engagée face à l'agressivité, sans éprouver de la crainte, tenir face à Maëlle ou Zoé, qu'elles sentent qu'elles peuvent exprimer leur agressivité et leurs angoisses sans craindre que je m'effondre. Rester toujours présente pour elles a été fructueux dans leur accompagnement.

Le corps du psychomotricien est tant un réceptacle, un appui-support, qu'actif, agissant sur le corps de l'autre, afin de contenir, aider l'autre, l'accompagner dans une relation thérapeutique en psychomotricité. Cet engagement psychocorporel dans la relation en psychomotricité, pouvant exposer des qualités d'appui-support dans certaines situations, ne possède-t-il pas également des spécificités du médium malléable ?

### e. Médium malléable

La notion de médium malléable est parfois omniprésente dans l'accompagnement en psychomotricité. Elle a été indispensable pour moi, notamment auprès de ces jeunes en situation de polyhandicap, où il est parfois nécessaire de les porter, les accompagner dans leurs gestes, etc. Cependant, elle doit être nuancée.

Décrite par M. Milner<sup>24</sup> et reprise par R. Roussillon, j'aimerais surtout polariser cette partie autour de la question de l'engagement psychocorporel du psychomotricien comme médium malléable dans la relation. À partir de sa clinique thérapeutique, M. Milner a modélisé le concept de médium malléable qui peut se déformer sans se détruire, tout en gardant la trace de la rencontre. Elle spécifie qu'il peut s'agir tant du cadre thérapeutique que d'une modalité d'utilisation du thérapeute qui renvoie à la dimension transférentielle. R. Roussillon approfondit ce concept et découvre différentes propriétés sensorielles et matérielles à ce médium malléable : saisissable, palpable (avec sa propre texture), immédiatement disponible, réceptif, constant, prévisible (dans ses réactions et ses propriétés), transformable, endurant (sans usure à l'usage), extrêmement sensible, indestructible (dans ses qualités et ses propriétés qui sont conservées même en cas de morcellement puis de reconstitution), etc. Il précise que le thérapeute « *doit rendre une partie de lui-même plastique et transformable en fonction du processus transférentiel auquel il est soumis* » (Roussillon et al., 2013).

Le psychomotricien peut viser à incarner ses qualités dans la relation thérapeutique. Son corps, dans son engagement psychocorporel est alors comme un objet médiateur répondant aux qualités de médium malléable. Nous l'avons abordé plus haut, le psychomotricien est un Moi auxiliaire, telle la fonction alpha, il contient et transforme les éléments potentiellement dévastateurs et les restitue sous forme acceptable. Pour cela, il doit être réceptif, disponible, extrêmement sensible à ce qui se joue pour la personne en face de lui, mais également aux principes de transfert et contre-transfert qui émergent dans la relation thérapeutique. Il peut moduler son engagement psychocorporel en exposant des qualités d'appui-support, comme nous venons tout juste de l'envisager. Nous sommes sans arrêt dans la mise en forme de notre corps, pour nous adapter aux personnes que nous accompagnons, mais aussi dans la mise en forme du corps de ces jeunes, dans la lutte contre les situations d'inconfort. C'est également le cas lors de l'exploration de diverses stimulations, l'accompagnement dans la recherche de moyens de communication adaptés et d'expérimentations sensori-motrices nouvelles. Lors du portage dans l'eau avec Maëlle, mon corps s'est adapté au sien pour l'accueillir de manière ajustée. Le dialogue tonico-émotionnel et le toucher, très présents dans ses deux accompagnements sont des partages d'éprouvés. Grâce à notre disponibilité, notre sensibilité et notre réceptivité, nous faisons écho à ce que nous percevons par une adaptation tonique, gestuelle et une mise en mot. Les deux

---

<sup>24</sup> (1900-1998) psychanalyste, écrivaine et peintre britannique

partenaires de la relation thérapeutique sont modulés dans leurs fondements, la représentation et la perception de leur corps propre. Lorsque je voulais insuffler à Zoé ou Maëlle de l'apaisement, cela a pu être parfois simplement par un accordage à travers la respiration, supposant une disponibilité et une certaine qualité de présence.

Cependant, le psychomotricien ne peut pas être neutre. S'il accepte d'être ce médium malléable, ce n'est pas pour autant qu'il met sa propre capacité à penser, ses affects, ses propres émotions, son intégrité physique et psychique de côtés. Comme j'ai pu le signifier à Maëlle après la morsure, lors de notre première rencontre ou bien encore à Zoé quand elle m'agrippait un peu trop fort les cheveux. Ces partages d'affects sont des spécificités du médium malléable humain. Le psychomotricien est actif dans la relation et ne peut se réduire au titre d'objet, passif, modulable à souhait, comme nous l'avons abordé précédemment. De plus, quand bien même nous comprenons la position du patient, rester dans une position passive face à l'agressivité n'irait pas dans le sens du soin et de l'intérêt de notre protection pour assurer la continuité des soins. Répondre à l'agressivité par de l'agressivité n'est pas non plus adapté. C'est se mettre au même niveau que le patient qui a besoin de soins. Travailler les autres pistes thérapeutiques mentionnées tout au long de cet écrit me semble plus pertinent.

Par sa présence stable et cohérente le psychomotricien exprime sa prévisibilité et sa constance. Si le psychomotricien s'offre comme support aux transferts, ces derniers peuvent parfois être difficilement supportables, agressifs ou porter atteinte à son intégrité physique et psychique. Le psychomotricien tient, résiste, reste indestructible, mais doit pouvoir faire valoir les limites du cadre thérapeutique, ses propres limites et les valeurs de son propre cadre interne en tant que personne et professionnel. Loin d'être exhaustive dans ce questionnement entre l'engagement psychocorporel du psychomotricien et le concept de médium malléable, si nous gardons la trace de la rencontre comme l'a proposé M. Milner, cette métaphore doit s'envisager au sens figuré. Le psychomotricien pourrait-il donc être un médium malléable partiel ?

### **3. Les enjeux de la relation thérapeutique**

#### **a. Deux chemins qui se croisent et qui avancent côte à côte**

*« Quand on considère que penser et parler le corps de l'autre, si nous ne restons pas à la frontière de l'observation, passe par les canaux du ressenti de notre propre vécu corporel et leur décodage, nous rencontrons une autre difficulté dans cette parole qui va tenter de dire ce qui s'échange. Dire ce que l'on ressent revient à parler de notre corps, en livrant une intimité qui nous donne l'impression de nous mettre à nu. » (Potel, 2017, p. 30).*

Être psychomotricien nécessite d'engager sa propre psychomotricité. Nous venons, de constater à quel point, en psychomotricité, l'engagement psychocorporel est indispensable dans la relation thérapeutique auprès de ses jeunes et notamment ici, pour l'étayage de l'angoisse et des manifestations corporelles agressives. L'investissement dans cette mission thérapeutique m'a engagé pleinement avec mon toucher, mon tonus, mes émotions, mes ressentis, mes vécus. J'ai été amené à vivre des moments riches émotionnellement, agréables mais aussi parfois désagréables. Nous avons tous une histoire personnelle, professionnelle, des fragilités et des limites. Face aux difficultés auxquelles m'ont confronté l'angoisse et l'agressivité imprégnant la relation, d'autant plus quand le langage n'a pas pris le relais des fonctionnements archaïques, j'ai ressenti, au début, l'envie de fuir ce chaos. L'intensité de ces situations est probablement entrée en résonance avec des éléments de mon histoire auxquels je n'avais pas accès directement. « *Dans toute rencontre clinique le thérapeute apprend toujours un certain nombre de choses sur lui-même* » (Cicccone, 2012, p. 414).

Je percevais chez ces jeunes une urgence émotionnelle telle que je ne pouvais renoncer à la mission thérapeutique que m'offrait ce stage. Mais comment aller à la rencontre de ces jeunes malgré parfois le contre-transfert négatif et la tentation d'évitement ? J'ai donc décidé de trouver des appuis et des ressources pour m'aider à poursuivre ce projet, éviter le rejet, co-construire une relation et proposer des choses adaptées. Convaincue de l'intérêt de la psychomotricité, idéaliser ma pratique, la construction d'une relation thérapeutique et rêver d'être une « bonne psychomotricienne » dans le sens winnicottien d'une « mère suffisamment bonne » ont été des éléments moteurs et soutiens dans l'accompagnement que j'ai choisi de leur proposer. Nourrir et croire en une certaine éthique personnelle et professionnelle m'a permis de ne pas me laisser bousculer dans mes assises narcissiques. Élaborer ce qui se joue dans ces rencontres, mettre des mots sur mes ressentis à l'écrit ou en échangeant avec d'autres professionnels a contribué à enrichir ma pratique et prendre du recul sur les situations rencontrées. En effet, face aux difficultés auxquelles j'ai été confronté, notamment durant les premiers mois et ne pouvant trouver un support suffisamment étayant au sein de l'institution, j'ai pris la décision de faire superviser ma pratique, par un professionnel, psychomotricien extérieur à la structure. Cette démarche personnelle a été une nécessité pour moi. Elle m'a permis d'exprimer mes propres ressentis, mes vécus, notamment face à l'agressivité, d'analyser les éléments qui se jouaient dans ces deux rencontres. La mise en mots m'a permis de prendre du recul, introduire du tiers, diffracter les points de vue, ne pas m'enfermer et enfermer les jeunes dans ce que je percevais ou croyais recevoir de leur corps. J'ai pu alors trouver en moi les ressources et la sécurité interne nécessaires pour envisager la poursuite de la co-construction de relations thérapeutiques. Cela m'a également permis de me sentir plus sereine face à mes propres capacités, de penser ma clinique et de déculpabiliser d'avoir pu éprouver du rejet au départ.

De plus, dans les séances, en partageant des expériences, j'ai appris à les connaître et ils ont appris réciproquement à me connaître. J'ai indéniablement aussi appris sur moi, mes limites. Cela m'a permis de m'étayer à partir de mon propre vécu et le différencier de leur vécu. C'est ainsi que je peux accueillir, supporter, me représenter et tempérer les élans d'agressivité et ne pas les leur renvoyer en miroir, recevoir et accompagner l'angoisse, sans pour autant me l'approprier. Cette distance thérapeutique permet que la relation soit thérapeutique. Il m'apparaît donc comme essentiel de trouver sa propre structure, stable pour que l'autre puisse s'appuyer sur nous et trouver à son tour une stabilité.

### **b. Enjeux des vécus corporels : de l'incompréhension à l'ajustement**

La communication verbale et même infra-verbale est mise à mal pour ces jeunes en situation de polyhandicap. La déficience intellectuelle surajoute des difficultés de compréhension, de communication, se répercutant sur les interactions avec l'environnement, rendues difficiles. Le contact physique, et parfois même le corps-à-corps, se révèlent alors indispensables afin de satisfaire leurs besoins, établir un lien, être avec, dans l'échange, communiquer. L'interdit du toucher est donc relativisé, comme je l'ai évoqué précédemment. Pour des personnes socialement intégrées, cette proximité peut être gênante, alors qu'avec ces enfants et adolescents, cela semble plus « naturel ». Néanmoins, cette proximité n'est pas toujours agréable. Il faut dépasser des manifestations corporelles réprimées par nos codes sociaux tels que les odeurs, la bave, les cris pouvant susciter du dégoût, selon l'échelle de tolérance et les limites propres à chacun. Ces éléments peuvent être une réelle entrave à la relation à la fois pour l'entourage et les équipes soignantes. Ces fonctionnements archaïques peuvent trouver un écho particulier chez l'autre. Pour rebondir sur ce que j'ai brièvement décrit plus haut, je me souviens au début de l'accompagnement de Maëlle avoir éprouvé du rejet, du dégoût vis-à-vis de ses mains recouvertes de plaies et de salive. Mais, c'est à partir de cette proximité-là que nous pouvons travailler. Si nous ne sommes pas dans cet engagement, nous ne percevons pas les modulations. Des ajustements peuvent être proposés pour limiter les effets de ces manifestations corporelles. Par exemple, il a pu être proposé à certaines jeunes de porter un foulard autour du cou, changé régulièrement, afin d'éviter que les sécrétions de salive trop abondante n'imbibent leur maillot, ce qui serait source de désagréments pour lui et d'odeur repoussante. Pour ma part, avec ma Maëlle, j'ai instauré un lavage de mains avant d'entrer dans la salle de psychomotricité, dans l'intention d'instaurer une relation plus sereine. C'est grâce à des ajustements de ce type que j'ai pu co-construire des relations thérapeutiques et ce qui avait pu m'apparaître comme intolérable au départ ne l'est plus aujourd'hui, corrélé à l'approvisionnement mutuel avec les jeunes.

Nous comprenons ces jeunes plus difficilement que ceux qui parlent. Mais leurs mouvements, leurs gestes et surtout le contexte dans lequel ils sont pris, sont chargés de

signification pour celui qui veut les déchiffrer. Pour qu'ils parviennent eux aussi à nous comprendre, nous devons tenir compte de leurs moyens de perception et de compréhension rudimentaire. Ils ont besoin de signaux perçus tôt dans le développement et « compris » aisément par les enfants, que sont notamment la qualité de nos gestes, la sollicitude de notre regard, le ton de notre voix. Dans mes rencontres avec les jeunes, je suis attentive à me placer face à eux, de façon à croiser leur regard, de prévenir les jeunes de ce que nous allons faire par des mots, en utilisant des phrases courtes et simples, qu'ils peuvent peut-être comprendre, attirer leur attention ou leur montrer ma main avant de les toucher pour s'assurer de leur accord, leur présenter les objets dont nous allons nous servir pour ne pas les surprendre. Mais aussi avoir recours à des gestes lents, sereins et enveloppants, employer une intonation de voix accompagnant le regard, continuer de parler, d'explicitier même s'il n'y a pas toujours de feed-back, encourager les tentatives et féliciter les améliorations.

L'excitation, qu'elle soit d'origine interne ou externe est difficilement maîtrisable pour Zoé et Maëlle. Elles ont recours à des manifestations corporelles d'autostimulation, d'auto-agressivité et d'hétéro-agressivité par lesquelles, je pense qu'elles tentent de se réunir lorsque l'excitation est trop forte, les débordent ou les envahissent. Ces manifestations corporelles ont tout d'abord été déconcertantes dans les premiers temps. Élaborer à partir de ces manifestations corporelles, m'intéresser aux vécus et affects qui les traversent, poser des mots dessus et tenter d'y trouver un sens, aussi proche puisse-t-il être du vécu exact, m'a permis de les apprivoiser pour ensuite les accompagner et les canaliser. Cet accompagnement dans l'identification et le partage par des échanges primaires, dans le corps-à-corps, à travers le dialogue tonico-émotionnel, en leur restituant quelque chose de cet état, me semble être un chemin enrichissant. La question de la gestion de la distance est également très présente dans cette gestion de l'angoisse et de l'agressivité. Quelle distance est la bonne ? Ils ressentent si nous avons de l'appréhension, peur qu'ils nous agressent ou si nous éprouvons du rejet. La séance ne peut être sereine et la relation thérapeutique a du mal à s'établir. J'ai donc cherché à ajuster en permanence ma distance, l'intonation de ma voix, ma gestuelle, ma manière de me présenter à eux, afin de créer un sentiment de sécurité et confiance mutuelle, indispensable à la relation thérapeutique en psychomotricité<sup>25</sup>. Petit à petit, selon le jeune, j'ai pu comprendre quelles adaptations et quelles propositions semblaient plus ajustées à lui, selon la situation. Ainsi, cela m'a permis de faire confiance aux idées qui me viennent, qui ne sont pas des techniques préétablies et me faire confiance.

*« Cette assurance que le thérapeute gagne en lui, avec l'expérience, mais aussi avec la connaissance qu'il a de son propre fonctionnement et de sa créativité, ne peut servir qu'à donner de la force au patient et à le délivrer des entraves que l'autre fait peser sur lui. Qu'un patient puisse crier son désespoir ou sa rage sans craindre que l'autre en face ne s'effondre,*

---

<sup>25</sup> Cf. *infra*, Annexe III p. IV

*c'est lui rendre un grand service. C'est lui offrir l'espace de son expression intime. » (Potel, 2015, p. 82).*

### **c. Bipolarité du rôle du psychomotricien**

L'attachement professionnel, comme le propose J. Falk<sup>26</sup>, doit se manifester par un intérêt minutieux et profond, dont nous sommes responsables, à la spécificité de chaque enfant tant dans son développement que dans sa personnalité. C'est un accompagnement temporaire mais où la responsabilité est étendue. *« Le lien, le contact maternel sensible et communicant doit être encadré par du ferme, articulé à du paternel pour que l'expérience soit coordonnée, sécurisante, identifiable et assimilable par le moi. »* (Ciccone, 2012, p. 418). En effet, il m'est apparu particulièrement fructueux de pouvoir apporter à ces jeunes de la contenance, de la douceur mais aussi de la fermeté, des limites. La réflexion que j'ai pu mener, concernant mon engagement dans ma pratique psychomotrice me conduit à établir un parallèle avec deux fonctions : le maternage et le paternage. Loin d'être contradictoires, elles sont complémentaires. Cette *« parentalité soignante »* est psychique. Elle *« donne un appui à la position clinique interne, au cadre interne de toute pratique »* (Ciccone, 2012, p. 426).

Dans l'accompagnement de ces jeunes en psychomotricité, je me suis souvent sentie dans une *« préoccupation maternelle primaire »* comme la *« mère suffisamment bonne »* qui se préoccupe de son enfant, décrite par D.W. Winnicott. Être suffisamment bonne en tant que psychomotricienne pourrait s'appréhender dans l'adaptation au rythme du jeune, à ses sollicitations et l'ajustement en retour de nos propositions dans l'interaction<sup>27</sup>. Cela ne signifie pas être toujours présente, parfaitement ajustée ou tout le temps faire plaisir aux jeunes, mais vouloir qu'ils aillent mieux. À partir de ce modèle, A. Ciccone propose le concept de *« préoccupation soignante primaire »* (2012, p. 426) à propos de la position soignante.

La qualité de maternage en psychomotricité peut s'illustrer par le travail d'accueil, de contenance psychocorporelle, d'intégration des expressions toniques, des manifestations corporelles, de leurs états émotionnels, dans la relation thérapeutique, visant à reconquérir une enveloppe psychocorporelle. Mon ambition de contenir et étayer les divers éléments apportés par les jeunes, les manifestations corporelles telles que l'agressivité et l'angoisse peuvent également correspondre à la fonction alpha de la mère, abordée à plusieurs reprises dans cet écrit.

La fonction de pare-excitation que nous avons évoquée précédemment peut être en relation avec le maternage soignant. Telle la mère dans sa fonction de pare-excitation, qui filtre les excitations de son enfant, lorsque trop de stimulations semblent envahir

---

<sup>26</sup> Judit Falk, pédiatre et directrice de l'Institut Pikler de 1979 à 1991

<sup>27</sup> Cf. *supra*, II.1.a Perturbations dans la boucle des interactions précoces p.20

complètement Zoé, je l'enveloppe et lui caresse le dos. Je m'adapte au rythme des jeunes et ajuste mes comportements, mon engagement psychocorporel et mes propositions lorsqu'ils sont disponibles corporellement et psychiquement, en fonction de leurs besoins, afin de pouvoir assurer ce rôle de pare-exciteur.

Les qualités de présence, malléabilité, disponibilité et de réceptivité par les ajustements posturo-moteurs, le langage et le dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel<sup>28</sup> peuvent être comparés aux ajustements de la mère avec son enfant. Nous pouvons par exemple les apercevoir dans la relaxation avec Zoé ou les portages avec Maëlle, décrits précédemment.

Être présente, pouvoir contenir, soutenir les compétences, les désirs, la créativité, dans le respect et apporter de la nouveauté, des expériences sensori-motrices qu'ils ne pourraient vivre seules, peut relever des aspects du maternage se retrouvant dans l'accompagnement en psychomotricité. « *Le maternage vise, dès lors, à sauvegarder un Moi affaibli, par une mise au repos des parties lésées et un renforcement des parties restées saines.* » (Hochmann, 1983, p. 508).

« *Par un ensemble d'attitudes et d'échanges – non verbaux et verbaux – la soignante va s'attacher à prouver concrètement à l'enfant l'existence du cadre thérapeutique et sa résistance, à la violence, comme au repli* » (Hochmann, 1983, p. 520-521). Ainsi le paternage soignant pourrait s'entrevoir dans cette posture garantissant la continuité spatio-temporelle, le maintien de la relation quelle que soit l'agressivité ou l'angoisse qui peuvent s'exprimer. Par exemple, à de nombreuses reprises Maëlle m'agrippe les cheveux. Cela a pu être parfois douloureux. La posture que j'ai trouvée suffisamment bonne, pour elle comme pour moi, dans ces moments, n'a pas été d'accepter ou de la rejeter, mais d'adopter une posture tant empathique que limitante en lui signifiant verbalement et par des gestes ce que je comprends de ses manifestations, mais que je n'accepte pas que nous nous blessions pour autant. Rappeler les règles, les limites, les interdits quand cela a été justifié, m'a paru structurant pour Maëlle, semblant lui apporter un sentiment de sécurité fondamentale. De plus, le fait de ne pas réagir, sur-agir, semble l'avoir sécurisé et avoir apaisé son angoisse. Il m'est ainsi apparu important de parvenir à dire « non » à certains moments et mettre des limites dans le cadre d'une relation thérapeutique impliquant de l'empathie, mais aussi une distance thérapeutique à respecter.

Dans cette perspective, la position de paternage, dans l'accompagnement en psychomotricité, pourrait aussi se dessiner dans la structure, la coordination et l'organisation du cadre spatio-temporel des expériences, des séances.

---

<sup>28</sup> Cf. *supra*, II.2.a Régulation tonico-émotionnelle p. 28



Elle peut également se percevoir dans la qualité de l'engagement psychocorporel : la posture, la solidité, la résistance, la stabilité de l'appui-support corporel et psychique proposé aux jeunes ou encore la fermeté du toucher. Lorsque Maëlle s'est livrée à une conduite masturbatoire compulsive, l'étayage corporel, grâce au dialogue tonique et un toucher ferme, serein, assuré, puis les pressions profondes proposées, accompagnées par ma voix, ont fini par lui permettre d'abaisser son excitation. La parole comme le toucher se voulant ferme et modulée avec des qualités contenante du maternage, a permis d'être (re)structurante, (ré)organisatrice pour Maëlle. En effet, « *la parole apaise et diminue les effets excitants qu'aurait sur la libido et l'agressivité la présence d'une soignante muette.* » (Hochmann, 1983, p. 533).

« *Tout se passe comme si les qualités de solidité et de résistance de l'enveloppe se situaient au pôle paternel, et les aspects de réceptivité et de contenance au pôle maternel.* » (Ciccone, 2012, p. 421). J'utilise volontairement le terme de bipolarité, contrairement à A. Ciccone proposant celui de « bisexualité psychique ». Je trouve ce premier plus juste et pertinent pour parler de la position soignante. Il transparaît moins réductible à une unique différence de sexe. L'articulation entre les qualités de ces deux pôles m'est apparue omniprésente dans l'accompagnement de ces jeunes. Selon les situations, l'un des deux pôles se révélait plus vivement que l'autre dans ma présence au monde, à la relation. Harmonieux et sécurisants, ils m'ont semblé favoriser le travail de contenance, de transformation et le développement de la subjectivité.

#### **d. Co-construction d'une relation intersubjective**

J'emploie intentionnellement le terme de co-construction et plus particulièrement le préfixe « co » pour revêtir l'éthique qui m'anime dans l'accompagnement en psychomotricité. Je conçois la relation thérapeutique comme la rencontre entre deux personnes permettant l'ouverture sur des échanges en interaction, des expériences partagées où chacun des deux acteurs de la relation est créateur. Au fil des séances et des rencontres avec les jeunes accueillis à l'IME, je me suis rendu compte que leur situation de polyhandicap, et leurs manifestations corporelles pouvant parfois se révéler agressives, dissimulaient en réalité des capacités relationnelles mises à mal. Peut-être que l'attention que nous leur portons peut les porter et qu'ils peuvent petit à petit se sentir exister. En leur accordant toute notre attention et le temps qu'il faut, ils sont des interlocuteurs de plein droit dans la relation. Ils participent à ce qui leur arrive et prennent des initiatives avec nous, comme je l'ai remarqué le jour où, après avoir pris du plaisir à m'observer réaliser les marionnettes, sentant que Maëlle voulait y participer, je lui ai alors proposé de l'accompagner pour qu'elle puisse le faire avec ses mains. Tout d'abord passive, j'ai senti petit à petit qu'elle participait et initiait certains mouvements.

Se sentir exister sous le contact de l'autre, le regard d'autrui et dans sa parole, être reconnu par l'autre, pourrait permettre à l'individu de retrouver sa qualité de sujet.

Leur corps est souvent malmené, subi, insécurisant, objets de traitements, de soins médicaux, mais peu ou pas de relation. Les investissements corporel et relationnel sont limités. J'émet l'hypothèse que leur apporter de l'autonomie, si petite soit-elle pourrait leur permettre de prendre du plaisir à vivre et entrer en relation avec les autres, ainsi que l'environnement. C'est notamment l'idée qui m'encourage pour accompagner Zoé hors de son repli relationnel, vers un contact vivant, créatif en lui permettant de se sentir vivre, écoutée, reconnue et comprise en tant que sujet désirant. Il m'est alors apparu élémentaire d'aider ces jeunes à se réapproprier leur corps, (re)découvrir les possibilités du corps, (re)sentir un corps qui porte et tient, trouver un corps au service de l'expression de soi, (re)trouver des repères corporels, et dans une sécurité interne à minima, dans la relation. C'est à cette condition qu'une réelle relation, pouvait se co-construire. À ce moment-là, une relation relativement « fusionnelle » avec le jeune est nécessaire, puis ensuite peut éclore de la distanciation.

La co-construction de la relation ouvre les possibilités de co-création de la séance. En fonction de ce que je perçois des jeunes, de l'expérience ressentie, j'essaie de répondre à l'élan qu'ils expriment pour soutenir leur expression. J'essaie de m'adapter en permanence à eux, à ce qu'ils initient et proposent pour créer, tout en dosant toujours avec les objectifs thérapeutiques que je souhaite façonner. Parfois, j'arrête de les suivre et intervins, essaye de modifier ce qui se passe, faire une bifurcation, apporter du nouveau dans l'interaction conjointe. Les jeunes se saisissent de cet espace relationnel de liberté pour agir, apporter d'eux dans la séance, ou pas, comme cela a été le cas avec Zoé au début, dans un repli relationnel très important. J'ai alors pris le parti de faire des propositions. Puis nous sommes arrivés à établir une action conjointe avec les frappes rythmiques sur le ballon. Elle est ensuite intervenue de plus en plus et a tenté de modifier le cours de l'échange en accélérant le rythme. Des désirs nouveaux ou spontanés ont alors émergé, comme les échanges en faisant rouler le ballon. Les échanges s'enrichissent, se diversifient progressivement, certes plus lentement qu'avec d'autres jeunes mais ils se développent, à son rythme.

J'ai l'idée que, pour être en co-construction, il est important de leur laisser l'espace de créer, ne pas restreindre leurs libertés en projetant nos propres désirs. Ainsi, j'ai essayé de ne pas avoir une présence trop prégnante, trop directive, notamment quand je percevais que quelque chose était en train de se jouer. La pertinence de cette disposition m'a été confirmé à plusieurs reprises et notamment lors de la première séance avec Maëlle en balnéothérapie. Si je l'avais limité dans son agitation dans l'eau, parce que ce n'était pas l'objectif de la séance ou par peur qu'elle se mette en danger par exemple, je n'aurais pu percevoir sa capacité et le plaisir immense qu'elle pouvait prendre en s'immergeant complètement sous l'eau pendant

plusieurs secondes. De plus, ce temps lui a permis de pouvoir revenir à la relation plus sereine et présente dans les échanges.

Les médiations utilisées avec ces jeunes sont des supports pour accompagner le travail relationnel. Le plaisir dans la relation thérapeutique avec les enfants et adolescents que j'ai rencontrés est moteur pour eux, comme pour moi.

## Conclusion

Les premières rencontres avec ces jeunes ont été déconcertantes. Effectuer les accompagnements de manière autonome, a fait naître en moi énormément de questionnements tant personnels, théoriques, que pratiques. Ces questionnements ont nourri la démarche de ce mémoire et mon intérêt pour certains concepts. L'élaboration de ce mémoire retrace tant le cheminement de ma réflexion sur la co-construction d'une relation thérapeutique en psychomotricité, lorsque les manifestations corporelles perçues échappent à nos systèmes habituels de représentation et portent atteinte à notre propre intégrité physique, que le chemin parcouru personnellement et professionnellement, ces derniers mois.

J'ai fait le choix d'aborder l'accompagnement en psychomotricité avec ces jeunes sous l'angle de la co-construction d'une relation thérapeutique. Je me suis alors intéressée à ce qu'ils pouvaient vivre dans leur corps, ce que ces manifestations corporelles, échappant à notre système de représentation pouvaient leur apporter, afin d'y trouver un sens. Dans cette démarche il m'est alors apparu incontournable d'élaborer ce qu'elles faisaient résonner dans mon corps. Pour être le plus ajustée possible, il m'a fallu être à leur écoute, tout en étant à ma propre écoute. Les considérer comme des partenaires, acteurs agissants et désirants de pleins droits dans la relation thérapeutique, les accompagner dans la construction de leur subjectivité, trouver des moyens de communication et d'interagir, s'est dévoilé indispensable. Les médiations thérapeutiques utilisées ont soutenu Maëlle et Zoé dans l'appréhension et l'engagement de leur corps, dans l'espace et leur ont permis de se sentir exister autrement que par ces manifestations corporelles, pouvant porter atteinte à leur intégrité physique. Elles leur ont facilité l'inscription dans la relation à l'autre, en tant que sujet. De plus, l'accompagnement et l'enrichissement des capacités de Maëlle et de Zoé, leurs ont permis d'acquérir des possibilités d'autonomie et des compétences sociales, à des niveaux différents, selon l'étendue de leurs handicaps.

Je me suis rendu compte que leur situation de polyhandicap et leurs manifestations corporelles, pouvant parfois se révéler agressives, dissimulaient en réalité des capacités relationnelles, d'expression mises à mal et d'un langage sous-jacent qui rend possible la communication. L'agressivité perçue est loin d'être à chaque fois volontaire. En outre, plus j'accompagne des jeunes et notamment ceux que j'ai pu rencontrer à l'IME, plus je me pose la question de l'existence de troubles du comportement en tant que tel. Mon interrogation était : est-ce qu'il s'agit de troubles du comportement ou d'une difficulté à gérer leurs émotions et leurs comportements du fait de troubles cognitifs ? Certes les troubles du comportement existent tout comme l'agressivité pour certains de ces jeunes, comme Maëlle parfois, mais j'ai l'idée que considérer les manifestations corporelles présentées uniquement

comme des troubles du comportement, les réduit à leur aspect comportemental. Je me suis aperçue que dépasser nos systèmes de représentations habituels et s'aventurer dans une lecture au-delà de l'aspect comportemental de ces manifestations, permet de les comprendre comme des moyens d'expression à décoder. Même si ce n'est pas facile, la prise en compte de cette communication non-verbale permet d'être au plus près de ce qu'elles expriment, de s'ajuster plus finement et de parvenir à co-construire une relation, où chacun est reconnu dans sa capacité à être acteur.

Réfléchir avec les autres membres de l'équipe pour identifier si les manifestations corporelles interviennent à un moment, dans un environnement précis, apparaît comme indispensable pour en saisir les enjeux. Sans aucune prétention de faire céder les manifestations corporelles auto-agressives, hétéro-agressives ou d'angoisses de ces jeunes, j'observe néanmoins une sédation passagère lors d'ajustements corporels ou si nous faisons attention à l'environnement. Ainsi, les lire en prenant en compte les composantes environnementales, les fonctions qu'elles pourraient avoir me paraît plus pertinent si nous souhaitons nous approcher au plus près de leur sens ou du moins accompagner le jeune de la manière la plus ajustée. Cette perception peut profondément modifier les attitudes de l'adulte face aux angoisses et l'agressivité. Au-delà d'une réflexion autour des angoisses et de l'agressivité dans une relation thérapeutique psychomotrice, l'écriture de ce mémoire m'a apporté du recul sur ma pratique, sur ma manière d'être en relation, sur mon engagement psychocorporel, mes ajustements spontanés face aux difficultés que me renvoient certaines situations ou certains jeunes. Je retiens de ces rencontres qu'il faut rester conscient de ses propres limites et savoir recourir à des ressources extérieures quand cela est nécessaire. Ces nombreux questionnements pourraient faire à eux seuls l'objet d'un sujet de mémoire, c'est pourquoi je vous les propose comme une ouverture pouvant certainement inviter une suite...

## **Table des abréviations**

**CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

**IMC** : Infirmité Motrice Cérébrale

**IME** : Institut Médico-Educatif

**IMOC** : Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale

**LSF** : Langue des Signes Française

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**TSA** : Troubles du Spectre de l'Autisme

## Bibliographie

- Agression. (2009). In I. Jeuge-Maynard, *Le Petit Larousse* (Larousse).
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.
- Aranda, B. (2015). L'enfant messager. In É. W. Pireyre, *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 118-133). Dunod.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19.
- Ballouard, C. (2006). Qu'est-ce que la psychomotricité ? In *Le travail du psychomotricien* (p. 3-14). Dunod.
- Bertagne, P. (2000). Automutilation. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Éds.), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Presses universitaires de France.
- Bick, E. (1998). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. In *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Hublot.
- Bion, W. R. (1979). *Aux sources de l'expérience* (F. Robert, Trad.). Presses universitaires de France.
- Bion, W. R. (2006). *Quatre discussions avec Bion* (2e éd). Ithaque.
- Bonnet, C. (1998). Les trois étapes de la perception. In J.-F. Dortier, *Le cerveau et la pensée. La révolution des sciences cognitives* (Éditions Sciences humaines, p. 231-236).
- Bornancin Tomasella, S. (2011). *Renaître après un traumatisme : La traversée des tempêtes*. Librairie Générale Française.
- Brunet, F. (Éd.). (2009). *Polyhandicap, handicap sévère, activités motrices et sensorielles*. Actio.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Érès.
- Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED* (Vol. 2). érès.
- Canguilhem, G. (2017). Introduction au problème. In *Le normal et le pathologique* (12e éd, p. 13-21). puf.
- Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Vol. 2(2), 397-433.
- Coelho, P. (2004). *Sur le bord de la rivière Piedra, je me suis assise et j'ai pleuré* (J. Orecchioni, Trad.). A. Carrière.

- Cohen-Léon, S. (2007). Formation à la relaxation, formation par la relaxation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 48, 93-100.
- Crunelle, D. (2010). La communication. In D. Juzeau, *Vivre et grandir polyhandicapé* (p. 44-48). Dunod.
- De Ajuriaguerra, J. (1962). *Le corps comme relation*. 21, 137-157.
- De Ajuriaguerra, J. (2008). Le corps comme relation. In *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : Vol. 1. Corps, tonus et psychomotricité* (p. 163-183). Ed. du Papyrus.
- De Ajuriaguerra, J., & Cahen, M. (2008). Tonus corporel et relation avec autrui : L'expérience tonique au cours de la relaxation. In *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : Vol. 1. Corps, tonus et psychomotricité*. Ed. du Papyrus.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity : Youth and crisis !* W.W. Norton & Co.
- Freud, S. (1923). *Œuvres complètes de Freud : Vol. XVI* (Puf).
- Fritis Arcaya, S. (2010). *Dans le silence de ses mots et les cris de son corps. Techniques et médiations* (161), 70-80.
- Girardier, N. (2015). Tricoter les liaisons psychomotrices : Histoire de Prosper. In *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 86-103). Dunod.
- Grotstein, J. (1981). Primal Splitting, the Background Object of Primary Identification and other Self-objects. In *Splitting and Projective Identification* (p. 77-89). Jason Aronson.
- Haag, G. (2012a). *Justification de la technique du packing à partir des démonstrations d'enfants autistes concernant la construction de l'image du corps au cours des traitements psychothérapeutiques psychanalytiques*. 2.
- Haag, G. (2012b). *Le dos, le regard, et « la peau »*. 3e Congrès mondial de Psychiatrie du nourrisson et disciplines alliées, Stockholm.
- Hochmann, J. (1983). Défense et illustration des techniques de maternage en psychiatrie de l'enfant. In *Psychiatrie de l'enfant : Vol. XXVI 2* (Presses Universitaires de France).
- Houzel, D. (2000). Enveloppe familiale et fonction contenant. In D. Anzieu, *Emergences et troubles de la pensée* (2e éd, p. 27-40). Dunod.
- Houzel, D. (2010a). *Le concept d'enveloppe psychique* (2e éd). In press.
- Houzel, D. (2010b). Qu'est-ce qu'une enveloppe ? In *Le concept d'enveloppe psychique* (2e éd, p. 9-22). In press.



- Jeuge-Maynard, I. (2009a). Appui. In *Le Petit Larousse*. Larousse.
- Jeuge-Maynard, I. (2009b). Support. In *Le Petit Larousse*. Larousse.
- Lesage, B. (2020). *A paraître*. Érès.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1990). *La naissance psychologique de l'être humain : Symbiose humaine et individuation* (J. Garon Léonard, Trad.). Payot.
- Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. 50, 370-396.
- Montagner, H. (2012). *L'enfant et la communication : Comment gestes, attitudes, vocalisations deviennent des messages*. Dunod.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic* (Masson).
- Pireyre, É. W. (2011). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.
- Postel, J. (2006a). Agressivité. In *Dictionnaire de la Psychiatrie* (Larousse).
- Postel, J. (2006b). Angoisse. In *Dictionnaire de la Psychiatrie* (Larousse).
- Postel, J. (2006c). Stéréotypie. In *Dictionnaire de la Psychiatrie* (Larousse).
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. érès.
- Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel : Une clinique psychothérapique du corps*. érès.
- Potel, C. (2017). *Le corps et l'eau : Une médiation en psychomotricité* (2e éd). Érès.
- R. Damasio, A. (1999). S'avancer en pleine lumière. In *Le sentiment même de soi : Corps, émotions, conscience* (p. 13-40). Odile Jacob.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007a). La psychomotricité narcissique du nourrisson. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2e éd, p. 41-56). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007b). Le système d'intégration. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2e éd, p. 77-92). Desclée de Brouwer.
- Roussillon, R. (2008). Le partage de l'affect et la réflexivité par l'homosexualité primaire « en double ». In *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité* (p. 103-119). Dunod.
- Roussillon, R., Baraton, C., Reure, A. L. de, Poder, A.-S. L., & Thietry, F. (2013). Le corps comme médiation médium malléable. In *Manuel des médiations thérapeutiques* (2e éd, p. 259-292). Dunod.  
<https://www.cairn.info/manuel-des-mediations-therapeutiques--9782100570225-page-259.htm?contenu=resume>

- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (Éds.). (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). Méthodes à dominante sensorielle. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2, Méthodes et techniques* (p. 289-328). De Boeck-Solal.
- Szanto-Feder, A. (2016). *L'enfant qui vit, l'adulte qui réfléchit*. Presses universitaires de France.
- Vachez-Gatecel, A. (2009). *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*. Heures de France.
- Vallée, L. (2010). Préface. In D. Juzeau, *Vivre et grandir polyhandicapé*. Dunod.
- Veesser, A. (2015). Contenance en psychomotricité : Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler. In *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136-153). Dunod.
- Wallon, H. (1949). *Les origines du caractère chez l'enfant : Les préludes du sentiment de personnalité*. Presses Universitaires de France.
- Wallon, H. (1959). Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant. *Enfance*, 12(3), 233-239. <https://doi.org/10.3406/enfan.1959.1438>
- Williams, M.-S., & Schellenberger, S. (1996). *How does your engine run ? A Leader's Guide to The Alert Program for Self-Regulation* (Therapy Works).
- Winnicott, D. W. (2011). Psychose et soins maternels. In J. Kalmanovitch (Trad.), *La relation parent-nourrisson* (3e éd). Payot & Rivages.

## Table des illustrations

Figure 1. Boucle de retour, d'après G. Haag .....	20
Figure 2. Composantes de l'équilibre sensori-tonique, d'après A. Bullinger (2011, p. 157).....	22
Figure 3. Organisation graduelle des noyaux du Moi, d'après D.W. Winnicott (2011, p. 91) ..	23
Figure 4. Schéma modélisant l'adaptabilité relationnelle, d'après B. Lesage (2020, p.15) .....	61
Figure 5. Schéma modélisant l'hyper-tonique, d'après B. Lesage (2020, p.16) .....	62
Figure 6. Schéma modélisant la dé-pression, d'après B. Lesage (2020, p.15) .....	62

## **Annexes**

**Annexe I** : Article 1er – Principe de non-discrimination

**Annexe II** : Pyramid of learning, d'après Williams & Schellenberger (1996)

**Annexe III** : Pyramide des besoins, d'après A. H. Maslow (1943)

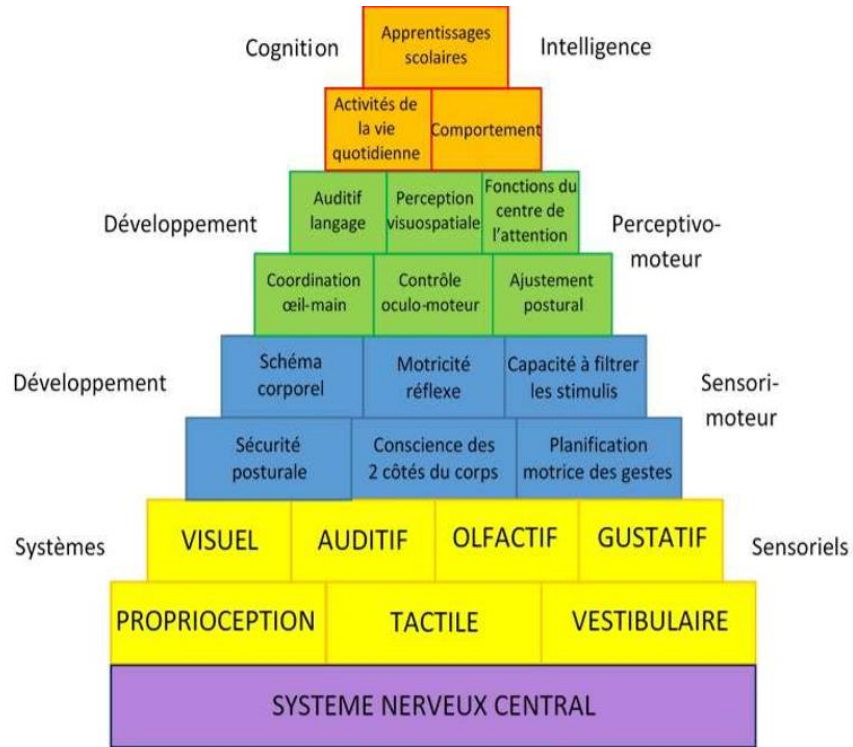
## **Annexe I**

**Annexe de l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles**

### **Article 1er – Principe de non-discrimination**

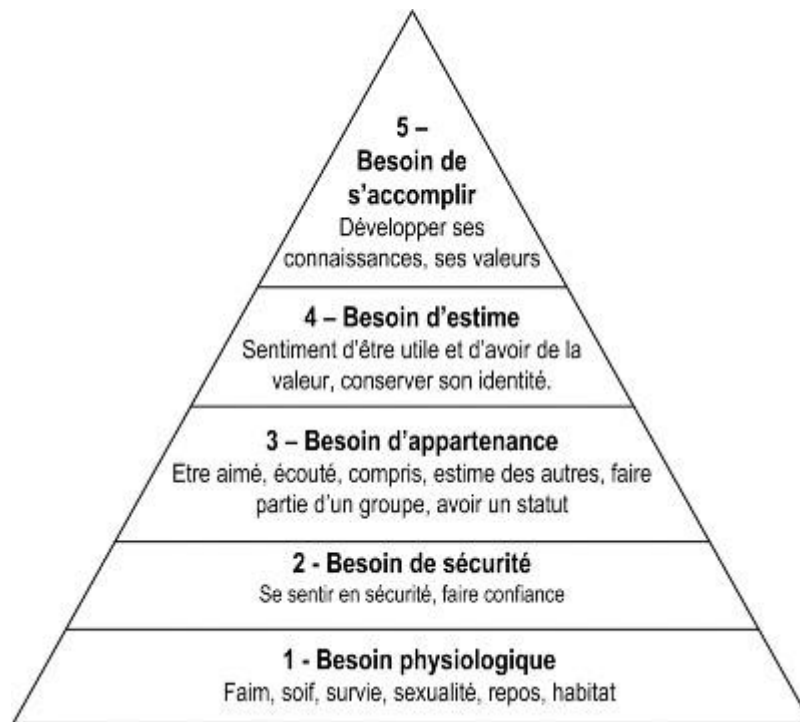
Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

## Annexe II



*Pyramid of learning, d'après Williams & Schellenberger (1996)*

## Annexe III



*Pyramide des besoins, d'après A. H. Maslow (1943)*

La pyramide des besoins de Maslow modélise de manière précise et hiérarchisée, les besoins minimum qui doivent être satisfaits pour qu'un enfant se développe correctement sur le plan affectif, intellectuel et social. Un besoin ne peut être satisfait que si le précédent l'a été. Le premier besoin d'un enfant est le besoin physiologique, puis besoin de sécurité, puis besoin d'appartenance et d'amour, puis besoin de reconnaissance, d'estime de soi et pour finir le besoin de s'accomplir.

Ainsi, dans l'accompagnement en psychomotricité, nous pouvons constater l'intérêt de créer une relation de confiance pour répondre au besoin fondamental de sécurité. Lors des soins est-ce que les jeunes accueillis à l'IME bénéficient d'une sécurité physique et psychique suffisante pour que ces soins soient efficaces ? Le manque de sécurité peut créer un sentiment de stress et d'angoisse. Etablir une relation sécurisante pourrait permettre la genèse d'un certain sentiment de sécurité.

## Résumé

Le psychomotricien dispose de ressources permettant la construction d'une relation, là où la communication verbale, classique, se révèle trop pauvre et insuffisante comme auprès de ces jeunes en situation de polyhandicap. Mais quand les rencontres sont colorées d'angoisses et d'agressivité, établir une relation est loin d'aller de soi.

Comment aller à la rencontre de ces jeunes, malgré l'agressivité, parfois le contre-transfert négatif et le rejet ? Quels moyens disposons-nous, en tant que psychomotricien pour contenir et accompagner ces manifestations corporelles qui mettent à mal la relation ? Cet écrit expose également ma réflexion quant à l'engagement et les ajustements psychocorporels du psychomotricien, illustrée par la rencontre de deux jeunes filles.

**Mots clés :** relation thérapeutique, troubles du comportement, contenance, engagement psychocorporel, polyhandicap

---

## Summary

The psychomotor therapist has resources allowing to build a relationship, where the verbal communication, classic, reveals to poor and inadequate as like these young people in a situation of multi-handicap. But when the meetings are colourful with anxiety and aggressiveness, to form a relationship is far from self-evident.

How to go to meet these young people, despite aggressiveness, from time to time the counter-transference and rejection ? What means do we have, as psychomotor therapist to contain and care for these bodily manifestations damage the relationship ? This writing expound my reflection as for engagement and psycho-physical engagement of psychomotor therapist, illustrated by the meeting of two young girls.

**Key words :** therapeutic relationship, behavioural disorders, containment, psycho-physical engagement, multi-handicap