Approche psychomotrice par le mouvement comme soutien à la corporéité chez le sujet polyhandicapé

Mélissa Bellido

▶ **To cite this version:**

Mélissa Bellido. Approche psychomotrice par le mouvement comme soutien à la corporéité chez le sujet polyhandicapé. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03282743

HAL Id: dumas-03282743

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03282743

Submitted on 9 Jul 2021

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.

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Approche psychomotrice par le mouvement comme soutien à la corporéité chez le sujet polyhandicapé.

BELLIDO Mélissa

née le 23 Août 1998 à Bordeaux

Directeur de mémoire : François LACOMBE

Juin 2021

REMERCIEMENTS

~ Tout d'abord, merci à ma maître de stage **Margot NINAT** pour son encadrement au cours de cette année. Merci pour ton professionnalisme, ton soutien, ta bienveillance et surtout ta bonne humeur qui n'auront eu cesse de renforcer ma motivation et mon affection particulière pour cette profession.

~ Merci à **François LACOMBE** pour avoir accepté et m'avoir guidé dans la rédaction de ce mémoire, merci d'avoir pris le temps d'être à l'écoute et d'avoir alimenté mes connaissances. Merci pour ta disponibilité, ton soutien de grande qualité et pour tous tes enseignements riches et divers.

~ Mes remerciements vont aussi à **Valérie LACAMOIRE** pour m'avoir accueillie et fait découvrir son atelier danse qui aura su égayer et enrichir davantage cette troisième année.

~ Merci à **Alix, Fanny** pour m'avoir fait découvrir la psychomotricité auprès de la personne âgée. Merci d'avoir pris le temps de partager vos connaissances et d'être à l'écoute.

~ Je remercie **Isabelle** pour m'avoir accueillie au sein de son cabinet au cours de ma deuxième année de formation. Un grand merci pour toutes nos discussions et échanges enrichissants. Ta bienveillance aura été d'un grand soutien.

~ Merci à **tous les professionnels** que j'ai rencontrés au cours de mon cursus qui ont pris le temps d'échanger et de partager en ma compagnie.

~ Merci **Jérôme** pour ta patience et tes encouragements durant ces trois années.

~ Merci aussi à **ma promotion**, dont particulièrement **mes ami(e)s les plus proches.** Pour tous nos rires, votre bonne humeur, tous ces souvenirs, votre soutien, toutes ces épreuves passées ensemble … Merci!

~ Merci à **mes parents, mon frère et ma sœur, ma famille** d'avoir cru en moi et d'avoir pris le temps de vous intéresser à cette formation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION ……. 4

CHAPITRE 1 : D'UN MOUVEMENT DU CORPS VERS UN MOUVEMENT PSYCHIQUE ……..... 7

I. Le mouvement et ses caractéristiques : ……..... 7

A. Définitions, concepts ……... 7

B. Développement psychomoteur de l'enfant ……. 9

C. Mouvement et sensorialités ……. 15

D. Le tonus, pierre angulaire du mouvement ……. 22

E. Équilibre sensori-tonique ……. 25

II. La place du mouvement dans l'acquisition des représentations corporelles - se connaître soi-même : ……... 26

A. Corporalité et corporéité ……. 27

B. Conscience corporelle ..……. 29

C. Se mouvoir pour être au monde ……... 34

III. Des représentations corporelles sources d'élaboration de représentations psychiques : …… 36

A. D'un corps objet à un corps sujet ..……..... 36

B. Sentiment de continuité d'existence ..…….. 41

IV. Conclusion de ce chapitre ……... 43

CHAPITRE 2 : LE POLYHANDICAP …… 46

I. Définir le polyhandicap : ……... 46

A. Évolution du concept de polyhandicap ...…….....….…. 46

B. Étiologie et exploration diagnostique ……... 48

II. Les spécificités du polyhandicap : ……. 49

A. Des troubles moteurs ……... 50

B. Une déficience intellectuelle (DI) ……..... 51

C. L'épilepsie ……... 52

D. Troubles du comportement ……. 53

E. Troubles sensoriels - Troubles somatiques ……. 54

F. Angoisses archaïques ……..... 55

III. Conclusion de ce chapitre ……. 56

CHAPITRE 3 : UNE RENCONTRE DES CORPS MOUVANTS……. 59

I. <u>La place du psychomotricien - apports de la psychomotricité</u> : ……... 59

A. Motiver l'exploration sensorimotrice et la mise en mouvement ……... 60

B. Spécificités des médiations corporelles en psychomotricité ……. 73

II. <u>Un engagement corporel du psychomotricien</u> : …….. 76

A. Dialogue corporel structurant …….. 77

B. Soutien à une structuration psychocorporelle ...…… 82

IV. <u>Conclusion de ce chapitre</u> ……. 84

CONCLUSION ……... 86

ANNEXES ……..……. 88

LEXIQUE ……..... 90

BIBLIOGRAPHIE ...…… 91

TABLE DES MATIÈRES …… 98

INTRODUCTION

En juin 2020 je me rends pour la première fois dans un ESES (Établissement de Soins et d'Éducation Spécialisés) qui deviendra mon lieu de stage à raison de deux jours par semaine, où je rencontre une population de polyhandicapés âgés entre 8 et 22 ans. Cette structure se compose de deux *ailes* : l'aile *ouest* où sont présents les plus grands (entre 16 et 22 ans) et l'aile *est* où se situent les plus jeunes (de 8 ans à 15 ans). C'est avec les plus jeunes, donc au sein de l'aile *est* que j'effectue la *quasi*- totalité de mon stage. Parallèlement à ce stage, j'ai aussi l'opportunité d'assister une fois par semaine à des ateliers de danse au sein d'un foyer de vie pour adultes handicapés.

Je décide de tourner mon mémoire vers le polyhandicap, car n'ayant auparavant aucune expérience avec le polyhandicap, je remarque lors de ma première visite, les fauteuils coquilles, les atèles, et les fortes limitations motrices chez certains jeunes.

Le mot psychomotricité est composé de la partie "psycho" qui comprend les sphères cognitive et psycho-affective ainsi que de la partie "motricité" qui comprend ce qui a trait au mouvement. Face à si peu de possibilités de mise en mouvement, l'idée de faire mon mémoire sur le mouvement émerge, curieuse d'observer comment le mouvement s'exprime au travers du polyhandicap et comment ces jeunes vivent et pensent leur corps. Si l'on part de l'étymologie du mot psyché, celui-ci veut dire "souffle". Donc originellement, l'idée de psyché traduit un mouvement du corps, un mouvement réflexe, un mouvement vital.

La notion d'identité est un thème essentiel pour le suivi psychomoteur. Quand une personne est atteinte d'un polyhandicap, c'est la globalité de cette personne qui est atteinte sur de nombreux versants (cognitif, moteur, relationnel …). **Quel rapport établit le sujet avec son corps malade, son corps étrange?**

La psychomotricité est une discipline qui met en avant la liaison du corps et de la psyché, contrairement à la dichotomie souvent mise en avant. Face à ces jeunes présentant un "corps prison", **sur quels processus peut s'étayer la psyché? Sur quels moyens le psychomotricien peut-il s'appuyer en prenant en compte les particularités du polyhandicap?**

Ainsi s'est dégagée la problématique que je souhaite traiter dans ce mémoire:

Une mise en mouvement en psychomotricité peut-elle contribuer chez le polyhandicapé au sentiment d'être au monde?

Pour répondre à cette problématique, je commencerai par une partie consacrée au mouvement, élément central de ma réflexion à savoir **quelle est la place du mouvement dans la construction d'un sentiment de soi et d'être au monde?**

André BULLINGER nous dit "*C'est le mouvement lui-même, dans ses composantes tonique et motrice, qui est le support de ces représentations* [premières représentations de l'organisme]"[1]. Il s'agira dans cette section de développer en quoi le corps par l'intermédiaire du mouvement et des gestes, peut-être à l'origine d'un travail psychique sous-jacent. Mais également de déceler sur quelles dispositions, le mouvement, la mise en jeu corporelle, mobilise quelque chose du psychique et du relationnel. En décrivant l'inscription du mouvement dans le processus de faire de son organisme (réalité biologique de l'être), un corps (représentation psychique de l'organisme). Il s'agira également de démontrer en quoi le mouvement est indissociable du traitement des informations sensorielles et de l'activité tonique. Et en quoi ces dernières alimentent les référentiels corporels. Catherine POTEL dit qu'il est difficile d'imaginer un bébé qui ne soit pas dans l'acte, un bébé qui n'engage pas son corps pour découvrir le monde, l'espace … Elle insiste sur le fait que le bébé se construit avec son corps, ses sensations, dans une rencontre.

La seconde partie de ce mémoire sera consacrée au polyhandicap et à ses nombreuses particularités. Je mettrais en avant la complexité de leur développement et de leur pathologie entraînant des fragilités sur le plan des acquisitions psychomotrices et cognitives. Simone KORFF-SAUSSE exprime que "*la pensée prend sa source dans le corporel*"[2]. **Face à un corps paralysé, de quelle manière la pensée et les représentations psychiques prennent-elles source?**

Enfin, une troisième grande partie sera consacrée à la spécificité de l'approche psychomotrice et l'intérêt qu'elle porte à la relation en corps à corps. **Comment la mise en mouvement du corps chez le polyhandicapé via un apport psychomoteur**

[1] Bullinger. 2004.
[2] Korff-Sausse. 2013.

peut-elle contribuer à l'étayage d'une conscience corporelle? Face aux restrictions et aux handicaps du jeune, comment le psychomotricien peut-il accompagner cette structuration psychocorporelle? Le psychomotricien s'intéresse aux troubles du mouvement et du geste dans leurs dimensions neuro-motrice, affective, tonico-émotionnelle, sociale et cognitive. Je démontrerai comment en partant du mouvement et par l'apport d'expériences sensorielles, on peut alimenter les vécus corporels de ces jeunes tout en gardant la spécificité du corps en relation. Je détaillerai la place fondamentale de la relation et de l'alliance thérapeutique qui se construit en psychomotricité et l'intérêt d'un point de vue psychomoteur dans l'accompagnement de la personne polyhandicapée.

Je souhaite également écrire quelques mots à propos de la pensée complexe d'Edgar MORIN pour introduire cet écrit. Ce dernier confie *"quand je parle de complexité, je me réfère au sens latin élémentaire du mot "complexus" "ce qui est tissé ensemble". Les constituants sont différents, mais il faut voir comme une tapisserie la figure d'ensemble."* C'est au fur et à mesure de la rédaction de ce mémoire que j'ai pris conscience de la notion de *pensée complexe* dont nous parle ce sociologue, théoricien de la complexité. Tout est lié ; tout est tissé ensemble. Et je tiens à souligner ici qu'il est intéressant de lire et accueillir cet écrit sous ce regard qu'apporte la notion de complexité. Les notions - concepts - théories sont complexes dans leur intrication. Il n'y a pas forcément de lien de causalité. Ainsi il semble intéressant de lire cet écrit dans une vision intégrative et complexe.

CHAPITRE 1 : D'UN MOUVEMENT DU CORPS VERS UN MOUVEMENT PSYCHIQUE ……

Mens sana in corpore sano nous dit Juvénal et qui signifie que l'homme doit cultiver sa force morale et sa force physique pour obtenir un corps et un esprit sain. Selon d'autres approches telles que celle de la médecine ayurvédique ou chinoise, le mouvement et *l'entretien du corps* joueraient un rôle clé pour notre santé. D'autant plus que de nos jours, au sein de notre culture occidentale, on note une expansion des pratiques *corporelles* telles que le yoga, le QI-GONG, les arts-martiaux …

I. Le mouvement et ses caractéristiques :

A. Définitions, concepts :

La définition du mouvement se décline sous de multiples formes selon les diverses pratiques et domaines dans lequel on le retrouve (physique, biologique, philosophique, sociale …). Le mouvement a ainsi été étudié par de multiples savants appartenant à ces disciplines : des physiologistes comme MAREY, des neurologistes tel que DUCHENNE DE BOULOGNE, des neuro-physiologistes comme SHERRINGTON …

Le mouvement se définit entre autres comme étant "*Changement de place, de position d'un corps.*" ou encore comme "*Action, manière de mouvoir son corps ou l'une de ses parties."* On associe également au mouvement "*ce qui évoque le mouvement ; ce qui est ou semble être le résultat d'un mouvement.*"[3].

Le terme - mouvoir - quant à lui, se caractérise par "*faire changer de place, de position*" ou encore "*faire agir quelqu'un", "se déplacer, bouger*".

BERGERON souligne que les mouvements corporels sont déclinés sous de multiples formes : mouvements automatiques, réflexes, inconscients, conscients, involontaires, volontaires. BERGES dit que le mouvement n'est pas qu'un déplacement moteur, il peut devenir un geste adressé. Ce sur quoi C.POTEL rajoute qu'"*un geste n'est pas seulement une action, résultat des fonctionnements neuromoteurs et*

[3] Dictionnaire hachette 2008. (2008).

neuropsychologiques mais un acte imprégné de valeurs symboliques, relationnelles et linguistiques."[4].

Les jeunes polyhandicapés ayant pour la plupart une absence de langage verbal, leurs émotions, sentiments passent par une expression corporelle via le tonus et le mouvement. Henri WALLON allègue "*il [*le mouvement] *reste encore impliqué dans les façons sous lesquelles s'extériorise et se dépense l'activité psychique*" ou encore "*le mouvement est tout ce qui peut témoigner de la vie psychique"*[5] et souligne ainsi le rôle du mouvement dans les manifestations psychiques. Il nous parle de mouvement comme étant "*essentiellement déplacement dans l'espace*" et décrit trois formes de mouvements ayant "*chacune leur importance dans l'évolution psychologique de l'enfant*".[6]

Il définit la première forme de mouvement comme *passif* ou *exogène*, sous la dépendance de forces extérieures, souvent associé à la pesanteur. Il décrit une seconde forme de mouvement "*due aux déplacements auto-gènes ou actifs soit du corps lui-même dans le milieu extérieur, soit d'objets qui s'y trouvent : locomotion ou préhension*". La troisième forme de mouvement, qu'il définit comme les *réactions posturales*, s'associe au "*déplacement des segments corporels ou de leurs fractions*". Cette forme de mouvement se différencie de la première forme par son "*caractère plus menu, plus différencié [...] plus psychologique*". Ces *réactions posturales* se manifestent "*comme attitudes et comme mimiques*".

Il souligne que ces trois formes de mouvement sont dépendantes entre elles, s'influencent les unes les autres, qu'elles se "*conditionnent mutuellement*". Suivant les individus "*elles peuvent se combiner différemment entre elles et avec des réglages qui varient*".

Il me semble cependant nécessaire de distinguer le mouvement de la praxie, du geste, de la gestualité et de la séquence motrice :

~ <u>Geste</u> : Ensemble complexe, combinaison de mouvements hiérarchisés par une intentionnalité et une finalité produisant une action consciente et volontaire. C'est un ensemble de mouvements qui va aboutir à une finalité.
~ <u>Séquence motrice</u> : Succession de gestes en vue d'exécuter une action.
~ <u>Praxie</u> : Gestualité intentionnelle et finalisée. Ici c'est vraiment la finalité du geste qui

[4] Vacher. 2013. p.20
[5] Wallon. 1956.
[6] Wallon. 1956.

compte pour parler de praxie.

Au cours de ma réflexion, j'ai décidé de prendre en compte le *mouvement* sous sa forme spontanée, sous sa forme *expressive* et *symbolique*, sans finalité nécessaire, un mouvement inscrit dans une interaction. Un mouvement qui s'ancre dans une démarche *psychocorporelle* (au sens de Benoît LESAGE), c'est-à-dire un mouvement qui mobilise quelque chose du psychisme et d'une disponibilité à soi-même.

B. Développement psychomoteur de l'enfant :

1. Approches théoriques :

On définit le développement psychomoteur comme le développement de l'être humain dans toutes ses dimensions : motrices, posturales, sensorielles, cognitives, affectives, sociales. Le tout s'inscrit dans une co-construction (les diverses dimensions interagissent les unes avec les autres) : ainsi, si une dimension du sujet est altérée elle peut altérer d'autres dimensions. Ce développement commence dès la conception et se poursuit tout au long de la vie et jusqu'à la mort.

Les connaissances du développement précoce d'un enfant en "bonne santé" nous fournissent une orientation et des indications quant aux conditions utiles dans l'accompagnement de personnes (poly)handicapées. C'est pour cela que je souhaite recontextualiser ici de manière non exhaustive les grands axes du développement psychomoteur de l'enfant.

Avant d'acquérir le langage, l'enfant n'a pour se faire entendre que ses gestes. L'enfant grandit rapidement au cours des deux premières années de la vie au cours desquelles il se produit une transformation rapide et profonde notamment de ses capacités motrices. Ses attitudes, son tonus, ses manifestations motrices, ses réflexes, son axe corporel … changent, évoluent, maturent. Ces notions évoluent conjointement aux fonctions nerveuses et psychiques. L'organisme s'unifie au fur et à mesure pour devenir un corps et s'individualiser. André BULLINGER distingue l'organisme du corps de la manière suivante :

Organisme	Corps
Partie somatique qui nous caractérise : la réalité matérielle de ce que nous sommes. Considéré sous cet angle, nous sommes un objet matériel du milieu et en tant que tels, nous sommes soumis aux mêmes contraintes que tous les objets qui nous entourent.	Se réfère à un phénomène psychique, une représentation qui se développe simultanément au déploiement des capacités d'agir que permet l'organisme en tant qu'il est un moyen d'interaction avec le milieu.

Partant de cette distinction, A.BULLINGER souligne que le corps se réfère à des représentations de l'organisme, et qu'il est donc important de ne pas oublier que le développement psychique est un processus qui s'alimente des interactions existantes au sein de la niche écologique dont l'organisme, de ce fait, est un des éléments.

Ma pratique avec la population de personnes polyhandicapées a orienté mon choix à faire une partie sur l'axe corporel que je considère au soubassement (avec la construction de l'enveloppe corporelle) d'un développement harmonieux. Dans le cadre du polyhandicap on peut rencontrer des dysharmonies de développement ; par exemple, un jeune peut avoir acquis son axe corporel sans pour autant avoir construit son enveloppe corporelle.

2. Construction de l'axe corporel : un processus global au soubassement d'un développement physique et psychique

On nomme *axe corporel* la ligne verticale qui va de notre bassin jusqu'à notre tête via la colonne vertébrale. Il est possible d'allonger cet axe et d'imaginer que celui-ci descend jusqu'au sol, au milieu du polygone de sustentation. Dans l'ouvrage *L'axe corporel, musculature et innervation. Étude anatomique, physiologique et pathologique*, ANDRÉ-THOMAS et BULLINGER spécifient que l'axe corporel se compose du tronc, du cou et de la tête.

L'axe corporel est associé aux processus de verticalisation et de redressement des premières années de vie ; c'est un processus global désigné couramment sous le terme de *construction de l'axe corporel*. L'axe corporel conditionne la verticalité et l'équilibre

qui lui est associé. Albert COEMAN et André BULLINGER se rejoignent pour dire qu'il ne s'agit pas simplement d'un redressement au moyen de la colonne vertébrale mais bien d'un processus incluant les dimensions praxique, émotionnelle, représentative et cognitive.

Entre la fin du 19ème siècle et le début du 20ème siècle, les concepts théoriques du développement psychomoteur évoluent. GESELL s'inscrit dans un concept dit *maturationniste* qui fonde son postulat du développement psychomoteur sur des facteurs endogènes et innéistes. WALLON, VYGOTSKI, BRUNNER, ERICKSON, s'inscrivent dans le courant *psychosocial* ou *socio-culturel* qui prône que le développement psychomoteur s'appuie sur l'interaction entre facteurs innés et acquis, entre contraintes neurobiologiques et les interactions sociales.

a) Fonction biomécanique

L'axe corporel correspond à la partie du corps la plus mature au moment de la naissance. Ses structures anatomiques, les plus archaïques, sont les plus aptes à fonctionner.

Dès la vie *in utero*, il existe chez le fœtus une première forme de dialogue sous la forme d'une extension du buste de l'enfant en réponse aux contractions de l'utérus qui le maintient dans une position d'enroulement.

À la naissance, le nouveau-né montre une tonicité axiale, non homogène et une tonicité des membres indifférenciée et diffuse. Il y a un tonus du tronc complètement immature. La maturation des voies nerveuses se feront selon deux grandes lois fondamentales, regroupées sous la *loi de succession* (issus des travaux de GESELL) :

- ➔ Loi céphalo-caudale : développement de la tête à la queue vestigiale.
- ➔ Loi proximo-distale : le tonus des membres se développe de la racine vers la périphérie.

AUGUSTIN souligne "*La construction de l'axe corporel conditionne l'accès à une motricité fluide, coordonnée et volontaire*"[7]. Nous savons que ce redressement provoque une transformation profonde non seulement au niveau neuroanatomique mais aussi au niveau des coordinations que BULLINGER nomme aussi "*compromis tonico-moteur*". L'axe corporel se construit par étapes successives, qui induisent des coordinations et des

[7] Lobbé. 2019. p.109

conduites nouvelles. Durant les premières phases du développement sensori-moteur, c'est par rapport à l'axe corporel que s'établissent les premiers schémas moteurs. La musculature de l'axe participe aux manifestations de réaction d'éveil du jeune enfant. Cette musculature a trois fonctions essentielles :

- la lutte contre la pesanteur,
- la mobilité,
- les réactions d'orientation grâce aux systèmes sensoriels.

L'évolution de la posture met en jeu des réactions de redressement anti-gravitaire suivies par la rotation axiale qui permet de latéraliser les appuis.

Pour BULLINGER, la maîtrise du schéma flexion/extension associée à la maîtrise des mouvements de torsion consolide le redressement et constitue l'axe corporel dans sa triple dimension : posturale, émotionnelle et représentative.

Bernard MEURIN nous dit lors d'une de ses interventions pendant un colloque "*L'homme ne se redresse pas parce que son cerveau le lui a permis, mais parce qu'il s'est redressé, son cerveau construit de nouvelles connexions sur la base de ses nouvelles coordinations.*"[8] et en vient par dire que cet axe corporel est un élément très important détenant de multiples rôles ayant des conséquences sur le plan d'un développement psychomoteur et sous-tend par ailleurs un rôle important dans la construction du psychisme.

Dès lors que l'homme se verticalise, il ne se centre plus seulement sur son environnement proche mais s'ouvre au monde. En outre, l'individu est plus réceptif aux informations de son environnement qui le rend plus propice à l'exploration et la découverte de son monde. Pour Roger VASSEUR, "*La construction harmonieuse de l'axe corporel nécessite l'intégration des systèmes sensoriels avec coordination des fonctions archaïques et des fonctions plus récentes dans un dialogue émotionnel constant avec le milieu humain*"[9].

Ainsi l'axe corporel constitue un repère dans l'organisation du corps et donc du mouvement dans l'espace. Béatrice JARICOT ponctue en disant de l'axe corporel que

[8] Meurin. 2018.
[9] Vasseur. 2000. p.232

c'est un "*point fondamental de l'espace du corps"*[10]. Il conditionne par conséquent de nombreuses autres fonctionnalités de l'organisme et du corps.

De surcroît, on conçoit que le mouvement contribue à la construction de l'axe corporel. En effet, la constitution de l'axe corporel s'effectue également à partir d'un répertoire de mises en formes du corps réalisées par des programmes précâblés, tels que les postures réflexes, comme le réflexe tonique asymétrique du cou, qui mobilise l'axe corporel du bébé. Il convient alors d'offrir au bébé un ensemble de *points d'appuis* spécifiques au niveau des hanches et de la nuque. Il est communément admis que ces réflexes sont bénéfiques pour l'enfant afin qu'il apprenne à organiser son comportement moteur.

b) Fonction psychique

C'est souvent la dimension biomécanique du redressement qui est prise en compte. Cependant, la stabilité ressentie sur le plan corporel est co-variante d'une stabilité psychique permettant à l'enfant d'être disponible à ce qui se passe autour de lui tout en s'organisant sur le plan corporel. Une mauvaise intégration de l'axe corporel peut provoquer un sentiment d'insécurité chez l'enfant. La verticalité de l'axe regroupe des éléments tant physiques, émotionnels que anamnestiques*[1].

"*Pour vraiment parler d'axe corporel et de verticalité, il faut s'imaginer une belle mécanique nourrie et entretenue par notre vision de nous-mêmes, par nos représentations, nos émotions.*"[11]

MARIOT.

Geneviève HAAG parle de clivage vertical qu'elle décrit comme processus reliant les deux hémicorps autour de l'axe corporel pour former un tout.

Bernard MEURIN souligne l'importance du milieu humain et de ses qualités de portage, en faisant référence aux notions de *holding* et *handling* décrites par D.WINNICOTT. Cette fonction de portage possède une double dimension corporelle et psychique.

La fonctionnalité motrice et symbolique de l'axe corporel est conditionnée par l'expérience émotionnelle et l'histoire personnelle de l'individu. La genèse de l'axe

[10] Jaricot. 2006. p.83
[11] Lobbé. 2019. p.110

corporel nécessite une évolution globale de l'individu : affectivo-sensori-motrice ainsi que psycho-corporelle.

Les diverses connexions, diverses relations, ces organisations (schèmes moteurs, premières coordinations …) qui s'établissent par rapport à l'axe se font sur les fluctuations rythmées du tonus qui sollicitent activement l'axe corporel, qui devient le siège de ces manifestations. La mise en jeu du corps, la mise en mouvement du jeune enfant, comme par exemple le relevé de la tête aux alentours de 3 mois, permet de créer les premiers liens affectifs et les premières entrées en relation avec l'environnement. Ces derniers sont dès lors des facteurs exogènes qui participent à la construction de l'axe, à le rendre fonctionnel par l'entretien de sa musculature et ainsi assurer la continuité de son bon développement.

La construction et le développement de l'axe corporel sont en lien étroit entre facteurs endogènes et facteurs exogènes. Ici on peut retrouver les idées de la théorie psychosociale, socioculturelle (dans lequel s'inscrivent WALLON, VYGOTSKI, BRUNNER, ERICKSON …) qui prône l'interaction entre les facteurs innés et acquis, entre contraintes neurobiologiques et les interactions sociales.

Une étude menée à l'Institut de médecine et de physiologie spatiale de Toulouse sous la direction de Michele TAGLIABUE part du postulat que notre orientation verticale avec la gravité serait un fil à plomb autour duquel s'articulent les informations proprioceptives, visuelles et de l'oreille interne. Cette étude montre une perte de coordination entre les informations visuelles et proprioceptives chez des sujets restant allongés pendant deux mois[12].

BULLINGER parle de *flux gravitaires* pour désigner ce qui constitue "*par l'accélération créée par les forces de la pesanteur et par les accélérations suscitées lors de mouvements actifs ou passifs de l'organisme*. *Ce flux capté par l'oreille interne, est également perçu par les tensions, écrasements que subit l'organisme lorsqu'il est dans le milieu aérien. Il est essentiel que des ressources toniques et posturales soient présentes pour composer avec ce flux. Si les moyens toniques et posturaux qui permettent d'organiser une mise en forme du corps font défaut, alors des impotences graves peuvent s'installer*"[13]. La gravité serait donc un repère permettant de structurer la perception de notre corps

[12] Amouroux. 2019.
[13] Bullinger. 2006. pp.125-126.

dans l'espace : elle serait un repère privilégié - un axe de référence - autour duquel s'articule proprioception, données de l'oreille interne et de la vision.

De part les travaux de TAGLIABUE et les observations de BULLINGER , il est possible d'admettre que la gravité liée à notre station érigée serait un point de liaison entre les modalités sensorielles.

Pour BULLINGER, la constitution de l'axe corporel et la mobilité associée détiennent un rôle associé à celui d'équilibre sensori-tonique. C'est-à-dire que l'équilibre sensori-tonique, s' il est ajusté, est garant des interactions optimales d'un individu avec son environnement. En effet, ce dernier permet de traiter *les flux sensoriels* du milieu.

"*L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Elle fait de l'organisme un lieu habité.*"[14]

A.BULLINGER.

C. Mouvement et sensorialités :

On ne peut dissocier la question du mouvement de celle des sensations ; on ne peut pas traiter l'une sans l'autre. Ainsi dans cette partie il me paraît tout à fait nécessaire d'aborder plus spécifiquement la question de la proprioception et sa place, à mon sens primordiale, quant à l'uniformisation entre informations kinesthésiques issues du mouvement et informations sensorielles issues de l'intégralité des autres sens. De plus, il s'agit de décrire la place des *flux sensoriels* et des *expériences sensori-motrices* dans l'acquisition des *fonctions d'instrumentations*. L'information sensorielle est à l'origine de notre perception du monde et affecte directement les actes que nous réalisons.

1. Système vestibulaire, labyrinthique et proprioception

La proprioception est définie dans le Larousse comme "*sensibilité nerveuse affectant les muscles, les tendons, les os et les articulations, qui permet de connaître la position des différentes parties du corps.*"[15] Trouvant cette définition un peu simpliste je

[14] Bullinger. 2004. p.143
[15] Dictionnaire hachette 2008.

prend le parti d'ajouter à cette définition que la proprioception est mature avant la naissance et permet de sentir la position du corps dans l'espace, les mouvements, les variations de vitesse, gérer l'équilibre, gérer le rapport à la gravité et ainsi maintenir notre équilibre à la verticalité. Elle permet de corréler la position des différentes pièces du corps les unes par rapport aux autres. Elle peut être altérée par certaines lésions cérébrales. La *sensibilité proprioceptive* est activée lorsque le bébé est porté, manipulé, changé. Elle nécessite de lui offrir de bon points d'appuis en lui soutenant l'axe et le bassin.

Le système vestibulaire se réfère aux sensations en provenance de l'oreille interne constituée elle-même de différentes structures *labyrinthiques.* Le Collège des Enseignants de Neurologie[16] précise que l'appareil vestibulaire a pour fonction de maintenir l'équilibre de l'axe du corps et de maintenir la stabilité oculaire pendant le mouvement. Jacques PAILLARD souligne "*les propriocepteurs labyrinthiques exercent une action puissante sur la musculature.*"[17] Il y a donc un lien indissociable entre ces trois notions : les systèmes vestibulaire et labyrinthique constituent une grande partie de la fonction proprioceptive.

La proprioception fait partie de la somesthésie*[2] et qualifie la perception consciente et inconsciente de la position et du mouvement des différentes parties du corps dans l'espace. Lorsque nous fermons les yeux, nous sommes normalement capables de décrire notre posture, la position de notre corps et de nos membres, sans faire appel à un autre sens. Le système proprioceptif participe à la régulation de l'équilibre et au contrôle du mouvement.

Les études menées par le laboratoire du CNRS d'Aix-Marseille[18] mettent en avant que l'acquisition du sens proprioceptif est un long processus : en effet, le petit enfant a peu de représentation mentale de son corps. Son cerveau peu structuré doit apprendre à relier les informations visuelles et proprioceptives. L'individu en grandissant commence à coordonner les données visuelles et proprioceptives entre elles ce qui permet une construction progressive du schéma corporel, malgré une proprioception encore immature. Enfin, il est relevé que l'adulte, dont le cerveau est structuré, a à sa disposition une multitude de représentations organisées du mouvement et de l'action. Il est également mis en avant, qu'inconsciemment, chaque action impliquant la proprioception

[16] Cen-neurologie.fr
[17] Paillard. 1976. p.533
[18] Études menées par Christine ASSAIANTE.

enrichit et modifie notre schéma corporel nous permettant d'affronter de nouvelles situations.

Je tiens ici à préciser cette notion en citant : "*Cette sensibilité proprioceptive complète le traitement des informations intéroceptives et des informations extéroceptives* [...] *La proprioception donne ainsi, de façon non consciente, la possibilité au système nerveux central, de traiter les informations nécessaires à l'ajustement des contractions musculaires essentielles au mouvement et au maintien des postures et de l'équilibr*e."[19] La proprioception se présente alors comme véritable point de liaison des multiples informations sensorielles.

Pour BULLINGER "*C'est la coordination entre la sensibilité profonde et les signaux issus des flux sensoriels qui permet de constituer la fonction proprioceptive.*" Ici on retient surtout le terme de *coordination* qui signe le caractère indissociable entre *sensibilité profonde* et *flux sensoriels*. La proprioception serait donc un processus développemental sur lequel pèse l'influence du milieu. Il paraît donc d'une absolue nécessité de porter une attention particulière au rôle et à la place des *flux sensoriels* dont nous parle justement BULLINGER.

2. Place des flux sensoriels dans le développement

De nombreux auteurs se rejoignent pour mettre en avant l'importance et la juste nécessité des *flux sensoriels* dans le développement de l'enfant, et c'est notamment les travaux d'André BULLINGER qui étudient cette importance là, en s'appuyant, entre-autres, sur les travaux de PIAGET. La sensorialité est directement corrélée au développement psychomoteur ; les compétences sensorielles subissent une maturation progressive qui débute déjà *in utero*, puis dans la confrontation avec le monde extérieur et le milieu humain.

"*Tout être vit dans un environnement à l'intérieur duquel se produisent*

des changements dont il est, en premier lieu, informé par l'intermédiaire

de ses récepteurs sensoriels"[20].

JARICOT

[19] Jouen & co. 2015. p.465
[20] Jaricot. 2006.

Notre système sensoriel nous permet d'être en rapport avec le monde qui nous entoure. Le Larousse définit la sensation comme étant un "*phénomène qui traduit de façon interne chez un individu, une stimulation d'un de ses organes récepteurs*". Il est nécessaire de distinguer l'extéroception (informations tactiles, visuelles, auditives, gustatives et olfactives), de l'intéroception (informations sensorielles végétatives, des organes). La proprioception se situe à l'interface entre intéroception et extéroception.

Parmi toutes les données saisies par nos sens, seule une partie est traitée au niveau conscient. La somme des impressions provenant des organes sensoriels entraîne une sensation, qui, interprétée en fonction de notre expérience, constitue la perception, c'est-à-dire l'activité par laquelle le sujet fait l'expérience de son environnement, d'un objet ; cette dernière est proche de la notion de conscience.

BULLINGER schématise une boucle cognitive dans le but de décrire le processus suivant : nos interactions physiques, sensorielles et motrices avec le monde environnant sont source de *régularités* (redondance produites par les interactions) desquelles l'enfant peut procéder à des *extractions d'invariants* (repères organisateurs) qui sont des objets psychiques qui participent à la construction du corps et de l'environnement comme objet de connaissance ; pour BULLINGER, dans cette boucle cognitive, c'est l'interaction en elle-même qui est objet de connaissance. Il distingue la notion de *fonctionnement*, notion associée aux interactions matérielles, de la notion *d'activité*, qui elle est associée au psychique et parle d'inférence*[6]. Il parle également du concept *d'habituation* pour spécifier une stimulation perçue comme continue dans sa répétition. De la boucle cognitive il conceptualise la boucle archaïque qui, elle, est mise plus en lien avec la régulation tonique.

La covariation entre les flux sensoriels (tactiles, vibratoires, sonores, gravitaires …) et sensibilité profonde, proprioceptive, constitue un des premiers matériaux psychiques de l'enfant. Les *flux sensoriels* sont à l'origine d'un *état de vigilance* puis d'une *orientation* qui organise par la suite une action. Ces mécanismes permettent la construction progressive d'une enveloppe en particulier tonique (qu'on peut mettre en lien avec la *boucle archaïque*), contenante mais assez souple, qui permet à l'individu le loisir de la moduler pour lui permettre d'organiser son mouvement. Ces processus élaborent un sentiment de soi unifié grâce notamment à la régulation du tonus.

BULLINGER utilise le terme *d'inter-modalité* pour définir la capacité d'associer différentes valeurs sensorielles aux différents objets. Cette capacité à pouvoir associer progressivement les différentes modalités sensorielles est une propriété fondamentale du développement psychomoteur. On peut aussi rencontrer le terme de *cohérence centrale*, ainsi que *comodalité sensorielle* (rassemblement des informations en un tout cohérent) pour définir cette capacité.

SCHOPLER et REICHLER définissent un déficit de la cohérence centrale comme une déficience du filtrage des stimulations entraînant une surcharge sensorielle qui au sens des *flux sensoriels* de BULLINGER , est source de stéréotypies qui permettent l'entretien d'une primitive sensation/sentiment de continuité d'existence. La perception du mouvement propre n'est pas dépendante d'un seul sens, mais elle émerge bel et bien de l'interaction de plusieurs modalités sensorielles.

WINNICOTT met un point d'honneur à dire que l'expérience sensorielle n'est pertinente en terme développemental que si elle se fait dans un milieu et dans un portage relationnel suffisamment bon.

Les capteurs proprioceptifs font un travail de renseignement constant créant une boucle sensori-motrice entre notre cerveau et notre représentation de l'espace. Cette boucle sensori-motrice est indispensable au maintien de notre posture et à une implication quant au maintien de notre équilibre[21]. La proprioception est constitutive de notre interaction avec le monde, de notre existence.

"*Les flux sensoriels constituent l'un des matériaux privilégiés qui alimentent l'activité psychique du bébé durant la période sensori-motrice*"[22]

L'intégration de la sensorialité permet le développement et l'intégration des autres grands axes du développement.

a) Vivre des expériences sensori-motrices

PIAGET parle de *période sensori-motrice,* entre 0 et 2 ans au cours de laquelle l'enfant, grâce en partie à la maturation neurologique et les premières expériences vécues, se construit ses *chaînes sensorimotrices*. C'est-à-dire que ce sont les matériaux de

[21] Amouroux. 2019.
[22] Jouen & co. 2015.

nature sensorielle et motrice qui alimentent l'activité psychique du jeune individu. Il parle également de *l'intelligence sensori-motrice* pour décrire la capacité de l'individu dépourvu de langage et de fonction symbolique, d'effectuer en s'appuyant exclusivement sur ses perceptions et ses mouvements (donc en s'appuyant sur une coordination sensori-motrice), des actions sans intervention nécessaire de la représentation ou de la pensée.

La sensori-motricité est un soubassement aux théories et techniques de la psychomotricité. Ces expériences sensori-motrices ont une fonction d'*alerte* (mise en tension globale qui recrute le tonus de manière importante), d'*orientation* (organisation sensori-motrice particulière), et de *mise en forme en corps* qui rendent possible les conduites de manipulation et de consommation du jeune enfant. BULLINGER souligne que ces systèmes sensori-moteurs se caractérisent par deux propriétés à savoir, une capacité de traitement des *flux sensoriels* et une capacité de traitement des *propriétés spatiales*[23] qui permettent les conduites spatialement orientées. BULLINGER ajoute que "*partant des régularités produites, l'activité cognitive extrait les invariants qui viennent transformer les fonctionnements ; c'est le propre des schèmes sensori-moteurs*"[24].

BULLINGER décrit la boucle sensori-motrice reliant sensations - perceptions - représentations qualifiée de *rétroactive* (*feedback)* qui est au cœur de l'émergence d'une conscience corporelle unifiée.

Pour J.PIAGET *l'adaptation* de l'individu à son milieu se fait grâce à *l'assimilation* (intégration de tout élément nouveau dans les structures mentales de l'individu)et à *l'accommodation* (mécanisme par lequel les schèmes se modifient pour s'ajuster aux nouvelles données). Ces processus sont complétés par le *concept d'appropriation* (l'individu maîtrise mais s'approprie également ses systèmes sensori-moteurs). Ainsi de ce processus *d'adaptation,* Jean PIAGET donne une définition de *l'intelligence* comme un état d'équilibre entre un organisme vivant et le milieu.

"*L'intelligence se construit dans l'expérience sensorimotrice*"

PIAGET

[23] Bullinger. 2004. p.71
[24] Bullinger. 2004. p.80

Le traitement actif des flux sensoriels permet des mises en forme du corps qui constituent un ensemble de points d'appuis permettant à l'enfant d'accéder à une instrumentalisation du corps. BULLINGER parle aussi de *perspective instrumentale*.

"*Habiter l'organisme, en faire son corps, suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme. Savoir cela c'est, à travers les sensations, délimiter une zone habitable dotée de moyens instrumentaux*"[25]

BULLINGER

b) Fonctions d'instrumentations

La sensorialité et les covariations des modalités sensorielles permettent l'établissement de fonctions d'instrumentations : "*L'instrumentation correspond donc à l'acquisition progressive de compétences sensori-motrices permettant d'utiliser le corps comme outil pour agir sur le milieu*."[26] Progressivement, l'organisme devient un *outil* . Ainsi pour initier un passage de l'organisme au corps, il faut préalablement une élaboration active des représentations de l'organisme. Cette élaboration devient la principale activité psychique du bébé.

André BULLINGER définit par ailleurs la perspective instrumentale comme étant "*la progressive constitution d'une subjectivité, la façon dont un individu s'approprie son organisme et les objets de son milieu, qu'ils soient physiques ou sociaux.*"[27] Pour Anne-Marie LATOUR "*la possibilité d'instrumenter son corps et de réaliser des acquisitions intégrées dépend étroitement de la manière dont chacun s'est approprié son propre corps et de ce qu'il en connaît*"[28].

Je cite également les propos de Geneviève PETITPIERRE-JOST : "*Ainsi illustré, le concept d'instrumentation correspond donc au processus par lequel l'enfant s'approprie ses systèmes sensoriels et moteurs et les élabore, sur un plan représentatif, en tant qu'outils, afin de les mettre au service de son activité psychique*"[29]. Ainsi on détermine les *fonctions*

[25] Bullinger. 2004.
[26] Jouen & co. 2015. p.465
[27] Bullinger. 2004. p.25
[28] Latour. 2008. Le corps, cet inconnu. p.80
[29] Petitpierre-Jost. 2005. p.47

d'instrumentations comme la capacité que développe l'enfant à mobiliser son corps de manière volontaire et organisée.

À mon sens, il est possible de mettre en lien les *fonctions d'instrumentations* comme faisant partie des premières étapes d'accès à une *corporéité* car en lien avec l'appropriation du corps qui devient *le mien* ; un *corps en acte* (au sens de SPINOZA).

Il y a une véritable dynamique - influence réciproque, entre la perception des flux sensoriels et l'activité tonique : *"un tonus adapté est nécessaire pour la création des représentations et celles-ci améliorent en retour la régulation tonique*"[30]. Il est indispensable de traiter la question du tonus dans le développement psychomoteur de l'enfant tout en l'associant à la question du mouvement et à son lien à la sensorialité.

D. Le tonus, pierre angulaire du mouvement :

Le tonus est une dimension fondamentale chez l'être humain, et qui est une base de la psychomotricité car il est au point d'articulation entre le physiologique et l'affectif. C'est la toile de fond du fonctionnement musculaire tant dans la motricité que dans le maintien de la posture que de l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective du sujet. J.GARROS souligne que le tonus assure le maintien de l'activité vitale et la motricité du corps[31]. B.LESAGE soutient l'idée que la disponibilité tonique soutient une modulation relationnelle.

"*Depuis la naissance jusqu'à la fin de notre vie, la tonicité est notre*

baromètre et notre carte d'identité psychocorporelle"

ROBERT-OUVRAY

Il possède aussi une fonction de contenance et de tonus de fond qui donne un sentiment de cohésion du corps. Il soutient le sentiment d'unité corporelle en créant *l'enveloppe tonique* soutenant l'enveloppe psychique que ANZIEU appelle le *moi-peau*.

On distingue 3 types de tonus :

- Tonus de fond qui correspond à la contraction musculaire minimale dans laquelle se maintiennent nos muscles à l'état de repos et qui ne disparaît qu'à la section des

[30] Jouen & co. 2015. p.465
[31] Garros. 2014. p.151

nerfs moteurs. Il est corrélé à nos états de vigilance, et subit des variations en fonction de ces derniers. Il correspond au tonus de base.

- Tonus postural qui correspond à l'activité contractile qui permet de maintenir la posture sous l'effet de la gravité.
- Tonus d'action lié aux contractions musculaires qui permettent de réaliser le mouvement que l'on a décidé de réaliser.

À ces trois types de tonus, Jacques PAILLARD parle de la *fonction ereïsmatique* du tonus musculaire entre le tonus de position et le tonus d'action qui permet de maintenir une corrélation entre la posture et l'action que l'on veut réaliser.

Le tonus est constitutif de la motricité, de la communication verbale et non verbale. Il prend part à l'expression corporelle. C'est un mode de communication conscient et inconscient, chargé d'affects et de représentations. Il est intimement intriqué avec le vécu émotionnel et il est en lien avec la proprioception, l'intéroception et l'extéroception. L'émotion s'exprime ainsi à travers la composante tonique du mouvement déterminée par le tonus de base - de fond.

Henri WALLON place les *réactions tonico-émotionnelles* au centre de la compréhension du sujet et de son développement. Selon lui, il y a une association intime entre le tonus et les émotions. Le tonus musculaire serait la traduction corporelle de l'émotion vécue dans la sphère psychique. Il affirme que l'enfant est "*tout entier dans son émotion* [...] *les émotions sont une formation d'origine posturale et ont pour étoffe le tonus musculaire.*".

"*Toutes les émotions utilisent le corps comme leur théâtre*"

DAMASIO

L'une des fonctions du tonus est d'assurer et préparer l'harmonie d'un mouvement. De surcroît, Henri WALLON souligne l'importance du rôle du tonus dans l'acquisition ou le développement du mouvement. Il parle de *fonction tonique* du muscle. Le tonus d'action agit comme un véritable accompagnateur et un soutien du mouvement. Le tonus postural est ce qui peut maintenir les muscles dans la forme que leur a donné le mouvement si celui-ci vient à s'interrompre. WALLON accorde un rôle non négligeable à la tonicité dans l'acquisition du schéma corporel.

"*Le tonus est l'étoffe dont sont faites les attitudes et les attitudes sont en rapport, d'une part, avec l'accommodation ou l'attente perceptive et, d'autre part, avec la vie affective*".

Henri WALLON

Le tonus est un des tout premiers médiums de communication entre l'enfant et la personne qui prend soin de lui. En amont du langage, l'expression des affects passe par la mise en mouvement physique et la mobilisation tonique. B.GIBELLO parle de *représentation de transformation* et émet l'hypothèse d'un *Moi tonico moteur* traduisant la formation d'un réseau de traces tonico-posturales[32].

La posture est régulée et ajustée par le tonus musculaire sous la dépendance des émotions, du système sensoriel et notamment par le système de proprioception, la sensibilité osseuse - articulaire et de la vue. Un bon moyen de mesurer la maturation du tonus musculaire, au-delà des différentes acquisitions posturales de l'enfant, est de vérifier la persistance ou non des réflexes archaïques, syncinésies, paratonies, et leur intégration progressive. Leurs présences à un "âge avancé" peut être révélateur d'un problème neurologique de maturité tonique.

Pour J.PAILLARD, les afférences sensorielles "*constituent, sans conteste, l'une des sources essentielles du maintien de l'activité tonique de la musculature*"[33]. BULLINGER parle d'équilibre sensori-tonique. Il évoque des capacités *proto-représentatives* (représentations sensori-motrices qui organisent les conduites). La sensibilité profonde - *flux sensoriels* permettent l'élaboration d'une plateforme tonico-émotionnelle stable qui constituerait, par conséquent, un moyen de régulation tonique. Selon lui, la régulation tonico-émotionnelle et l'équilibre sensori-tonique seraient au soubassement de l'activité physique et mentale de l'individu.

Maintenant que nous avons vu la place du tonus et de la sensorialité dans le cadre du développement psychomoteur, j'introduis ici la notion d'équilibre sensori-tonique, également au soubassement du bon développement psychique et physique de l'individu.

[32] Jaricot. 2006. p.83
[33] Paillard. 1976. p.533

E. Équilibre sensori-tonique :

B.LESAGE met en avant le rapport mutuel entre la disponibilité tonique et la disponibilité sensorielle. Jean-Paul PES, en reprenant les termes de BULLINGER, affirme que c'est l'équilibre sensori-tonique, s'il est adéquat, qui est le garant des interactions optimales d'un individu avec son environnement.

Comme le nom l'indique quasiment de lui-même, l'approche sensori-tonique correspond aux interactions entre entrées sensorielles et sensations toniques profondes, cependant celle-ci est complétée par la prise en compte du versant émotionnel.

BULLINGER cite WALLON sur l'idée que *"la capacité de stabiliser et d'orienter son attention vers une tâche intellectuelle s'appuie sur les mêmes mécanismes que ceux qui régulent la posture. L'équilibre sensori-tonique assure ainsi une fonction de transposition entre les aspects corporels et cognitifs."*[34] Comme le souligne Marie-Françoise LIVOIR-PETERSEN[35], l'accroissement des capacités de régulation tonique elle-même sous l'influence des liaisons sensori-toniques, joue un rôle primordial dans la transformation de l'organisme en outil (processus d'*instrumentation du corps*).

BULLINGER mentionne que pour réaliser une action il est nécessaire de trouver un équilibre entre le milieu humain (dialogue tonico-émotionnel, relation…), le milieu biologique (intégrité des systèmes) et le milieu physique. Ces trois composantes modélisent *une surface d'équilibre* dite *sensori-tonique.* Cet équilibre complète *la boucle cognitive* abordée plus haut. André BULLINGER modélise aussi une *plateforme sensori-tonique,* pour modéliser le juste équilibre entre des situations où l'enfant est enfermé dans des stimulations qui le font exister et des situations où il est dominé par les sensations qu'il se crée, créant ainsi une "*zone stable, permettant une ouverture vers l'extérieur pour des activités sociales ou instrumentales*"[36]. L'intention dans un travail éducatif étant d'élargir cette plateforme afin que l'enfant appréhende mieux les variations tonico-émotionnelles.

Le *dialogue sensori-tonique* a pour rôle d'interagir avec le milieu et de traiter les informations sensorielles générées par ce dernier.

[34] Bullinger. 2004. p.94
[35] Livoir-Petersen. 2011. p.98
[36] Bullinger. 2004. p.55

"*Si les données corporelles, l'intéroception, sont si importantes dans la structuration psychique, n'est-il pas essentiel de nourrir et d'enrichir leur intégration* ?"

LESAGE

BULLINGER pointe du doigt le fait qu'une instabilité ou une inadéquation de la régulation tonique et/ou de la dimension tonico-émotionnelle, peut être à l'origine d'une entrave à la production de *régularités* empêtrant alors les activités cognitives (la capacité à mobiliser ses capacités). Toujours selon BULLINGER, les liaisons entre les signaux sensoriels sont le moteur d'une progression des capacités de régulation tonique du bébé et donc le point de départ de sa subjectivation.

"*Chaque progrès dans l'exécution du mouvement enrichit le répertoire de l'enfant et lui permet de mieux comprendre son corps, les objets et l'espace.*"[37]

VASSEUR

Le développement conjoint de la sensorialité, du tonus et de l'axe corporel est au soubassement de la construction de référentiels corporels dynamiques et intriqués entre eux. La construction de ces référentiels corporels est source d'une conscience corporelle complexe.

II. <u>La place du mouvement dans l'acquisition des représentations corporelles - se connaître soi-même</u> :

Ma réflexion se porte maintenant à argumenter comment et quelle est la place de ces fonctionnalités corporelles issues du développement psychomoteur dans l'élaboration d'une conscience corporelle et donc des premières formes de symbolisation.

[37] Vasseur. 2000. p.222

A. Corporalité et corporéité :

1. Définitions

Emprunt au latin médiéval *Corporeitas*, lui-même dérivé du latin classique *corporeus* "qui appartient au corps" et "qui a un corps"; emprunt au latin chrétien *corporalitas* "nature corporelle, matérialité", fait référence au caractère de ce qui est corporel, de ce qui a un corps humain, de ce qui est un corps matériel. Le mot corporéité insiste sur le caractère propre de la constitution corporelle de l'homme.

Ici la corporéité se distingue de la notion de "corps" qui elle, fait référence à "*l'ensemble des parties matérielles constituant l'organisme, siège des fonctions physiologiques et, chez les êtres animés, siège de la vie animale*"[38].

Ainsi, la notion de corporéité, à la différence de celle de corps, veut expressément nous faire dépasser la discussion classique de la notion, inséparable de la problématique du rapport du corps et de l'âme, et mettre en valeur le caractère du *corps phénoménique*[39].

P.OLISLAGERS définit la corporéité comme ce qui "*conceptualise parfaitement le "corps vécu dans sa totalité, dans son unité" concept premier et holistique des métiers de la psychomotricité, dans leurs actions éducative, rééducatives ou thérapeutiques*" et précise que ce terme "*se réfère à "avoir" un corps mais aussi "être un corps.""*."[40] Il fait alors aussi remarquer l'absolue nécessité de considérer l'individu dans sa globalité et dans sa singularité.

"*Toute action que nous faisons et toute relation que nous construisons*

mettent en jeu notre corporéité."[41]

MARZANO

Il est indispensable de penser le corps non plus comme un *corps objet*, perçu sous son aspect anatomique et physiologique mais comme un *corps en acte* dont nous parle SPINOZA, tel qu'il est vécu par l'individu : ici, l'abolition d'un quelconque dualisme

[38] UQÀM. CORPS / CORPORÉITÉ.
[39] *ibid*.
[40] Olislagers. 2014.
[41] Marzano. 2002. p.6

corps-esprit est indispensable , il est nécessaire d'affirmer une unité de l'esprit et du corps. Pour LEVINAS, "*la corporéité de la conscience (...) se produit dans la sensation*"[42].

Et c'est à mon sens ce qui distingue les notions de *corporalité* - corps objet, anatomique -, de la *corporéité* notion qui accueille bien plus l'idée d'une unité identitaire de l'individu, l'individu dans sa globalité, de son vécu propre et subjectif : manifestation principale d'un *soi*. Cette notion sous-tendrait l'idée d'une conscience de la singularité de mon corps et comme quelque chose qui m'appartient, intrinsèque d'une expérience sensible. La *corporéité* s'inscrit alors dans une vision intégrative et intègre la notion de subjectivité.

"*Il* [HUSSERL] *aperçoit au fond de la sensation, une corporéité*
c'est-à-dire une libération du sujet à l'égard de sa pétrification même de
sujet, une marche, une liberté qui défait la structure."[43]

LÉVINAS

2. Un point de vue philosophique du corps et de ses représentations - MERLEAU-PONTY et la phénoménologie

Dans la phénoménologie conceptualisée du philosophe MERLEAU-PONTY, c'est le corps en relation avec le monde qui est pensé. La phénoménologie correspond à la science des phénomènes, c'est-à-dire la science de ce qui apparaît à la conscience. Pour le philosophe, le corps est défini comme "*véhicule de l'être-au-monde*". Il prône une description du milieu concret où le sujet pensant se trouve en situation.

"*Le corps est celui que je vis comme profondément mien parce que c'est*
en lui que je m'éprouve, [parce qu'il] *est le vecteur docile de mes*
intentions, corps qu'en vérité je suis plutôt que je ne le possède"

MERLEAU-PONTY

Dans son ouvrage sur la phénoménologie de la perception, MERLEAU-PONTY parle du mouvement comme *affection* du corps, terme aussi utilisé par SPINOZA.

[42] Calin. 2006. p.297
[43] Calin. 2006. p.309

La notion de *corps propre* est un concept central de la phénoménologie et désigne le *corps humain* par opposition au *corps matériel* (matière inanimée) et est un concept d'abord développé par Fichte HEGEL. MERLEAU-PONTY parle également de *l'expérience du corps propre* et veille expressément à penser au-delà d'un comportement humain impersonnel, dont la perception dépendrait exclusivement des réactions et stimulis extérieurs. En outre, cette notion prend en compte le *corps* comme un corps qui vit et qui est vécu, en tant qu'individu en relation avec son environnement. Une prise en compte moins réductrice et plus globale de l'individu qui est en interaction avec le monde qui l'entoure, et ce, par le prisme de sa subjectivité et de sa sensibilité.

Selon le phénoménologue, notre corporéité constitue le corps comme un corps percevant. C'est-à-dire que, c'est par notre corps, que nous pouvons percevoir notre monde : la corporéité et la subjectivité se brouillent au sein de notre *corps propre*. Ainsi, en employant le terme *corporéité*, il met en avant l'idée d'une "*pensée corporelle*" ; l'idée d'une expérience de subjectivation ancrée dans l'expérience corporelle. La phénoménologie place la corporéité comme condition essentielle du sentiment d'existence. CHIRPAZ s'inscrit dans ce courant de penser et insinue dans son ouvrage *Le corps* qu'il est impossible de comprendre l'homme sans être renvoyé à sa corporéité.

B. Conscience corporelle :

La *conscience* se définit comme "*sentiment, perception que l'être humain a de lui-même, de sa propre existence*"[44] et l'adjectif *corporel* fait référence à tout ce qui est "*relatif au corps*". Ainsi on peut définir la notion de *conscience corporelle* comme la connaissance qu'acquiert un individu de son propre corps et de l'agencement des différentes parties de celui-ci, grâce à l'intégration des diverses expériences sensori-motrices, proprioceptives, affectives, libidinales, cognitives.

Jean-Paul PES affirme que la maîtrise du corps est un facteur d'apprentissage et que pour contrôler son corps, il est nécessaire de le connaître : "*pour commencer un mouvement, la connaissance de notre corps est une absolue nécessité*". Cette connaissance se construit à partir du développement de la conscience corporelle[45]. Le développement de cette conscience corporelle s'effectue à partir d'un travail sur les informations

[44] Dictionnaire hachette. 2008.
[45] Pes. 2008.

sensorielles, comme on a pu, en amont, voir l'importance de ces dernières dans le développement psychomoteur. La conscience de soi et du milieu associé aux performances motrices de l'individu sont dérivés du fonctionnement qu'opère l'organisme dans son milieu. L'objectif est de chercher à alimenter *les référentiels corporels*.

1. Référentiels corporels :

En se basant sur le développement d'un individu non handicapé, les auteurs tels que AJURIAGUERRA, définissent différentes appropriations progressives du corps par l'enfant. On retrouve 5 types de référentiels corporels : le corps agi, le corps ressenti, le corps expérimenté, le corps connu et le corps représenté. C'est selon ces 5 modalités de perception du corps que peut s'exprimer le schéma corporel tout en sachant que ces modalités s'articulent entre elles. Cette progression s'associe à l'idée d'aller d'un corps peu connu et peu maîtrisé vers un corps de plus en plus représenté.

Ici je prend le partis de retenir seulement le fait que chacune de ces modalités sont en interaction constante et s'articulent entre elles. Elles sont indissociables, entre autres, des expériences affectives et libidinales, de la perception, des schèmes moteurs, de l'expérience sensori-motrice. De plus, on souligne que la première occupation du nouveau-né reste de maîtriser les sensations qui lui arrivent afin de délimiter une zone habitable.

2. Schéma corporel (SC) et Image du Corps (IC) :

Je vais maintenant m'intéresser aux notions de schéma corporel (SC) et d'image du corps (IC). Malgré qu'elles soient aujourd'hui très discutées par de nombreux auteurs, ces derniers se rejoignent pour dire qu'elles jouent sur notre identité, notre manière de vivre le monde, et qu'elles sont indispensables à la connaissance de soi.

"*La notion de schéma corporel est finalement une manière d'exprimer*

que mon corps est au monde"[46]

MERLEAU-PONTY

[46] Murcia. 1990.

Raymond MURCIA a porté sa réflexion sur la notion de schéma corporel et expose cette notion comme complexe, une notion dont le sens a beaucoup évolué et qui encore aujourd'hui continue d'être sujet à polémique. Ce dernier parle de "*flou épistémologique*".

La notion de schéma corporel est complexe et s'établit à partir de facteurs physiologiques, affectifs et sociaux. AJURIAGUERRA et HEACAN parlent également de *somatognosie* (du grec *sôma* - corps et de *gnôsie* - connaissance) pour définir la connaissance qu'un individu a de son corps et des relations entre les différentes parties qui le constituent. Pour AJURIAGUERRA, les désordres somatognosiques peuvent être regroupés en désordre consécutifs à une mauvaise organisation de la connaissance du corps et en désordre de la conscience du corps et du vécu corporel[47].

"*Le rôle de ce SC [...] est l'instance à partir de laquelle vont pouvoir se faire les mouvements*"

Françoise DOLTO considère que le schéma corporel (SC) est le même pour tous les individus mais que l'image du corps (IC) par contre est propre à chacun. Le SC se structure par l'apprentissage et l'expérience tandis que l'IC serait la synthèse de nos expériences émotionnelles et comprendrait dès lors bien plus en compte les aspects affectifs et libidinaux.

D'un point de vue neuroanatomique, il est également possible de distinguer l'image du corps du schéma corporel respectivement en termes de reconnaissance des formes et de localisation. J.PAILLARD parle également "*d'espaces des lieux*" (association au SC) et "*d'espace des formes*" (association à l'IC).

Selon le manuel d'enseignement de la psychomotricité, ces notions répondraient aux questions :

<u>Schéma corporel (SC)</u>	<u>Image du corps (IC)</u>
OÙ? COMMENT?	QUOI? QUI?
Système de localisation	Système de perception des formes

[47] Garelli. 1970. p.344

Informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps. Référentiel égocentrique.	Perceptions et attitude à l'égard de mon propre corps et les comportements qui en découlent.
Sous la dépendance de l'intégration des entrées sensorielles et motrices.	Sous l'influence des facteurs socio-culturels, psychologiques, biologiques.
"*Corps situé, localisé comme objet perçu dans un certains espace orienté*" PAILLARD	"*Corps identifié dans sa forme et dans le contenu de ses surfaces limitantes*" PAILLARD

Des études menées au laboratoire du CNRS d'Aix-Marseille[48] ont analysé le rôle de la proprioception dans l'élaboration du schéma corporel[49]. Ces études montrent que la maîtrise du SC est étroitement liée au temps d'acquisition du sens proprioceptif. En d'autres termes, mieux on intègre notre sens proprioceptif, plus on commence à avoir une représentation élaborée des possibilités de son corps ; une représentation inconsciente pour faire évoluer une motricité vers un but, une représentation de son corps en mouvement qui effectue une action ainsi qu'une représentation des caractéristiques du mouvement que l'on réalise.

"*À la base de notre activité motrice, nous saisissons donc la réalité d'une image de soi, d'une image du moi corporel*"[50]

LHERMITTE

On retient donc ici qu'il y a une évolution des structures cérébrales sous l'influence des expériences vécues, en lien avec les activités perceptivo-motrices. En prenant la parti de s'appuyer sur les apports de DE LIÈVRE et STAES[51], le schéma corporel correspondrait à l'ensemble des référentiels corporels qui nous apportent la connaissance que l'on a de soi en tant qu'être corporel, c'est à dire de nos limites dans l'espace (référentiel spatial, position des différents segments de notre corps), de nos

[48] Études menées par Christine ASSAIANTE.
[49] Amouroux. 2019.
[50] Jeannerod. 2010. p.187
[51] De Lièvre & Staes. 2012. p.17

possibilités motrices (capacités posturo-motrices), de nos possibilités d'expression à travers le corps (contacts du corps avec le monde extérieur), les représentations que nous avons de notre corps (représentation graphique, représentation mentale), nos rythmes personnels. Le schéma corporel inclurait à la fois l'image interne et l'image externe que l'on se fait de soi-même et de ses capacités corporelles. Il n'est pas sans ignorer qu'il y a une évolution neuromotrice non négligeable ; en outre il y a un lien indissociable entre l'évolution neuronale (des structures cérébrales) et motrice (des réflexes archaïques vers une motricité volontaire, contrôlée).

"*Chaque sensation, chaque mouvement sont normalement perçus par le sujet en liaison avec la disposition du corps entier au moment où cette sensation, ce mouvement se réalisent. Ainsi conçu, le schéma corporel varie avec les divers changements d'attitude du corps sur lesquels il nous renseigne*"[52]

HEAD

JEANNEROD atteste : "*L'image du corps fait partie de la représentation qu'un sujet a de lui-même : je sens mon corps comme le siège de sensations et d'expériences que je vis "en première personne" et qui m'appartiennent en propre. Le fait de se sentir l'auteur de ses actions et de se les attribuer renforce le sens de la possession du corps".*[53]

SCHILDER souligne l'importance de la motricité dans le schéma corporel ; ce dernier amène l'idée que la perception est impossible sans l'action : on parle aujourd'hui *d'activité perceptive*, que PIAGET désigne dans un sens large comme les actions ou comportements qui permettent de prendre connaissance du milieu de manière empirique en s'appuyant sur une mise en relation des connaissances et éléments préalables.

On appelle coenesthésie l'ensemble des sensations provenant de l'intérieur du corps. Cette notion intègre actuellement proprioception et interoception de ce qui contribue à la constitution du sentiment d'exister en tant qu'individu.

[52] Garelli. 1970. p.347.
[53] Jeannerod. 2010. p.193

"*C'est donc à la totalisation et à l'unification incessante des sensibilités organiques et en particulier des impressions posturales que répondrait le schéma corporel*"[54]

WALLON

3. Représentations corporelles dynamiques :

J'emprunte dans cette partie le terme de *représentations corporelles dynamiques* décrit par L.BRANCHARD et O.MOYANO qui utilisent ce terme de manière non exclusive de ceux de schéma corporel et image du corps, bien que sujet à la controverse, et que les deux auteurs qualifient de *clivantes* et *réductrice de la complexité de la psyché*[55]. Par ce concept de *représentations corporelles dynamiques*, les auteurs soulignent l'aspect *non définitif* des représentations qui se remanient et se transforment sans cesse au gré des expériences de vie. L'adjectif *dynamique* s'associe également au corps qui est *plus ou moins perméable ou imperméable*, lié à la question des limites dedans/dehors, soi/non soi. Idée qui rejoint expressément la question d'enveloppe constituée de *sphincters*, qui permettent des échanges entre dedans et dehors, et sur lesquels on a une action. Le terme *dynamique* représenterait le corps en mouvement, dans une modalité d'interaction avec l'environnement.

C. <u>Se mouvoir pour être au monde</u> :

Cette construction de la connaissance de son corps et de ses possibilités peut être étayée par l'adulte, mais aussi par l'enfant lui-même (motricité libre) en interaction constante avec son environnement.

1. Sentiment de compétence

Selon R.W. WHITE le terme de *compétence* se définit comme "*l'aptitude d'un organisme à entrer en interaction effective avec son environnement*"[56], ce à quoi ajoutent CONNOLLY et BRUNNER "*en parlant de compétence nous parlons d'intelligence dans un sens plus large à certains égards, d'intelligence opératoire, de "savoir comment" et non*

[54] Murcia. 1990.
[55] Branchard & Moyano. 2018. p.198
[56] Pickler. 2009.

seulement de "savoir-quoi""[57]. Ces auteurs soulignent que la *compétence* se déroule selon trois aspects ; à savoir en premier lieu elle fait appel à l'aptitude à choisir au sein de l'environnement les informations nécessaires à l'élaboration d'une chaîne d'actions, qui deuxièmement, permettra la mise en place d'une série de mouvements pour réaliser le but supposé et pour terminer (dernier point qui est décrit comme le plus *fondamental)* à tirer une expérience de l'éventuel succès ou de l'échec pour les prochaines fois.

"*La confiance que peut avoir le jeune sur ses propres capacités, dans sa propre efficacité, affaiblies ou renforcées par les expériences quotidiennes, a une répercussion importante sur sa manière d'agir, sur son comportement ultérieur, sur les buts qu'il se proposera.*"[58]

PICKLER

Ainsi on considère qu'il est nécessaire d'ajuster-adapter-créer un environnement de manière à motiver l'émergence et le développement des *compétences*. On imagine qu'en multipliant les situations où l'usager met en jeu ses propres possibilités de manière active, accompagné d'un étayage de l'adulte (qui met à disposition du jeune des *points d'appuis*), à son propre niveau de développement, le jeune individu s'exerce à sélectionner les informations nécessaires à la mise en place de solutions, alimentant ainsi ses expériences sensori-motrices. Ces dernières permettront d'accroître le nombre d'interactions efficaces qui motiveront d'autant plus l'enfant à développer ses aptitudes.

2. Motricité libre

Ces observations peuvent être mises en lien avec le concept de *motricité libre* pensé par Emmi PIKLER dans les années 1960, qui consiste à laisser l'enfant libre de ses mouvements afin de lui permettre d'explorer son corps et ainsi en élargir la connaissance qu'il s'en fait. Cette liberté laissée à l'enfant lui permet d'acquérir plus de confiance et favorise leur esprit d'initiative et leur créativité. Il apprend à se connaître lui-même.

Bernard GOLSE reprend le concept de *motricité libre* de PICKLER et insiste sur l'importance que le jeune se sente agent de ses propres mouvements pour la

[57] Pickler. 2009.
[58] Pickler. 2009.

constitution d'un sens de *soi* et que pour atteindre cette liberté de mouvement, il est nécessaire d'offrir une sécurité physique et psychique à l'enfant dans le cadre du soin.[59]

III. Des représentations corporelles sources d'élaboration de représentations psychiques :

"*Avec Freud, puis Anzieu (1985), nous savons qu'une fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental. La référence au corps est ainsi prégnante, "source" même de la pulsion, donc de la psyché.*"[60]. Dans cette section, je choisis d'utiliser entre autres le modèle psychanalytique et de faire appel à des références, pour la plupart, psychanalytiques tout en faisant le lien avec d'autres courants et modèles et surtout un lien avec la pratique psychomotrice. La psychanalyse est aujourd'hui sujet à débat mais il me semble normal et nécessaire d'impliquer la psychanalyse dans mon corpus théorique. La psychomotricité est au carrefour d'une multidisciplinarité qui nous permet de construire une pratique unique et individuée. Dans ce qui intéresse le développement psychomoteur, il y a, entre autres, une référence à la psychanalyse pour la psychologie du développement et le développement psycho-affectif. Je vais donc m'appuyer en partie sur cet enseignement pour tenter de décrire en quoi l'émergence de processus psychiques se développe à partir des fonctions corporelles. Et ce en quoi la mise en mouvement du corps, permet l'émergence d'une identité et d'une conscience de soi, du *Moi* freudien.

A. D'un corps objet à un corps sujet :

1. Ancrage corporel de la pensée

Didier HOUZEL insiste sur la place du corps dans l'instauration des processus de pensée, mais également dans le fonctionnement de la pensée elle-même[61]. De plus, Simone KORFF-SAUSSE relève "*Depuis longtemps, les psychanalystes ont eu du mal à penser le corps [...] depuis peu la situation change [...] ils ont pris conscience qu'il existe une*

[59] Golse & Simas. 2008. p.133
[60] Tordo. 2018. p.61
[61] Golse & Simas. 2008.

vie psychique hors du langage et ils prennent plus en compte le corps aux origines de la vie psychique"[62]. Celle-ci ajoute "*les processus psychiques prennent leur source dans l'activité somatique, sensorielle, motrice, émotionnelle primaire.*".

Par conséquent, ces idées placent en premier plan l'importance d'une mise en mouvement du sujet afin qu'il acquière des expériences sensorielles, motrices ainsi qu'émotionnelles, desquelles découlent des points d'appuis nécessaires à la construction d'une pensée, qu'on peut alors elle-même définir comme une pensée *ancrée* dans le corporel, dans le vécu d'une mise en action de l'individu.

2. Subjectivité et individuation

Le Larousse définit la subjectivité comme "*état de quelqu'un qui considère la réalité à travers ses seuls états de conscience*". D'un point de vue philosophique il est possible d'ajouter le caractère "*inconscient ou intérieur de ce qui appartient seulement au sujet pensant*"[63]. Pierre DARDOT précise également "*on parlera de « subjectivité » plutôt que de « sujet », dans la mesure où la subjectivité se définit d'emblée comme un rapport à soi-même*"[64].

JARICOT met en avant : "*Un va-et-vient permanent entre les perceptions externes et les sensations s'opère, les représentations se construisent, marquées de la touche personnelle de l'enfant. L'avènement de sa subjectivité se confirme.*"[65] Dans le même thème, nous pouvons citer BULLINGER qui souligne avec importance le fait que "*la constitution d'une subjectivité est un long processus qui s'appuie sur les interactions que l'organisme entretient avec son milieu.*"[66] Selon lui, la subjectivité commence à se former conjointement à la régulation intériorisée des états toniques, l'instrumentation des segments corporels et les représentations de l'organisme[67].

Ainsi en croisant ces réflexions, on note que la construction de la subjectivité est permise entre-autres par les interactions de l'individu en mouvement avec le monde qui l'entoure qui lui permettent de construire des représentations qu'il pourra s'approprier en temps que sujet pensant, par le prisme de ses propres états : il s'approprie ce qui l'anime de manière singulière. On peut également reprendre l'idée de PIREYRE comme

[62] Korffe-Sausse. 2013.
[63] Définition du CNRTL.
[64] Dardot. 2011. p.235
[65] Jarricot. 2006. p.83
[66] Bullinger. 2004. p.23
[67] Bullinger. 2004. p.37

quoi le concept de *subjectivation* correspond à "*l'appropriation de ce qui est de la limite, de la frontière entre soi et l'autre*."[68]

La subjectivité est ainsi étroitement liée à la question de *l'individuation*. L'individuation correspondant à la capacité que détient une personne à se distinguer des autres, d'exister en tant qu'individu singulier. Elle correspond selon JUNG a une prise de conscience qu'on est distinct et différent des autres, et l'idée qu'on est soi-même une personne entière, individuée. On peut également faire un lien ici à la *phase dépressive,* au sens de Mélanie KLEIN, qui correspond sommairement à la capacité de l'individu d'être en mesure d'assumer sa responsabilité personnelle et de se percevoir lui/elle-même comme séparé de l'autre. L'individuation peut être corrélée à l'apparition du *je* aux alentours de 3 ans, et être associée à des angoisses de perte et de séparation. On relie aussi cette acquisition de *conscience de soi* au stade du miroir vers 3 ans, où l'enfant peut désigner son image dans le miroir comme étant lui-même (révélateur d'une séparation distincte de l'autre).

A.COEMAN dans son ouvrage *De la naissance à la marche* affirme que "*en se mouvant, ce n'est pas seulement des sensations qu'on a mais c'est soi-même*". Il sous-entend que le mouvement a un rôle dans le processus d'individuation et la construction d'une *subjectivité*, d'un *soi*. On peut également parler de *conscience de soi* correspondant à la conscience qu'on se fait de nous-même, qui permet de nous désigner, de se voir comme une personne autonome de l'environnement humain. La construction d'une subjectivité et d'une individuation s'inscrit dans un processus dynamique et évolutif, au sein d'un mouvement interactif entre le sujet et son environnement. GOLSE évoque un *double ancrage corporel et relationnel* des processus de subjectivation[69]. LESAGE souligne que le sentiment de soi se fonde sur une intégration corporelle et se définit sur une dynamique interactionnelle.

3. Premières symbolisations et jeux symboliques

L'accès à la symbolisation est un processus lent et graduel qui s'instaure au cours des premières années de vie. La fonction symbolique traduit la capacité à évoquer des objets, comportements ou situations non visibles au moyen de symboles ou de signes. Elle suppose donc la capacité à *encoder* ses expériences sous la forme de *représentations*. Le *jeu symbolique* apparaît aux alentours de 18 mois lorsque l'enfant commence à faire

[68] Pireyre. 2015. p.62
[69] Golse & Simas. 2008. p.130

semblant d'exécuter une action de sa vie en dehors de son contexte. Les *jeux d'imitation* reproduisent de manière différée des scénarios de la vie courante. Pour VYGOTSKY, le jeu symbolique favorise le développement cognitif, affectif et social. D'un point de vue de la *théorie de l'esprit*, lorsque le jeune est capable de comprendre que l'*autre* peut avoir un point de vue et une manière de faire différente de la sienne au sein du jeu, avoir une pensée qui lui est propre, ça favorise la conscience d'une différenciation *moi/autrui*.

4. Structuration du Moi corporel

Dans cette partie, je reprends en particulier les travaux et observations de Geneviève HAAG sur la constitution du Moi-corporel et des premières étapes du développement du Moi qui sont d'ordre corporel. HAAG précise que "*le développement du moi corporel est le gros travail du bébé, puisqu'il s'agit du premier moi*"[70].

"*L'image du Moi, présente à l'arrière-plan de toute activité, se construit indiscutablement à partir de nos attitudes et de nos mouvements*"[71]

PAILLARD

Geneviève HAAG décrit 5 grandes étapes à la construction du Moi-corporel. Il ne s'agit pas de les détailler, mais d'en extraire les idées principales et de faire un lien avec l'importance que l'enfant puisse avoir à sa disposition un équipement sensoriel et des capacités intégratrices suffisamment bonnes. Il s'agit aussi de faire lien entre la structuration du *moi corporel* et l'émergence d'une activité psychique sous-jacente. Ainsi cette psychiatre autrice de l'ouvrage *Le Moi Corporel* décrit : l'étape autistique sévère, l'étape de récupération de la peau, la réduction du clivage vertical (étape de l'articulation des deux moitiés du corps autour de l'axe vertébral), la réduction du clivage horizontal (étape d'intégration des membres inférieurs), et l'étape d'individuation.

À chacune de ces étapes , un regard est porté sur les expressions émotionnelles dans la relation - le regard - l'image du corps - le langage verbal - graphisme - exploration de l'espace et des objets - repérage temporel - manifestations agressives.

Je prend le parti pris de développer succinctement l'étape de récupération de la *peau*, enveloppe/contenance/entourance. Dans le processus de construction du *Moi,* la formation de la *peau* a une importance cruciale car elle fait figure de première

[70] Haag. 2011.
[71] Garelli. 1970. p.355

contenance. L'enveloppe psychique découle de l'enveloppe corporelle ; Didier HOUZEL affirme que l'enveloppe psychique détient un rôle de fonction contenante. L'enveloppe résulte de l'intériorisation de cette fonction contenante. Le sentiment d'exister peut être mis en péril face à un déficit de construction de l'enveloppe.

Le docteur Philippe GABBAI soutient que la construction d'un *soi* s'étaye sur la construction d'un *moi corporel,* "*c'est-à-dire sur la prise de conscience, la reconnaissance de son propre corps, unique, unifié et différent de celui de l'autre.*". Il précise l'aspect indissociable entre la construction du *moi corporel* et l'apparition d'une intériorité psychique et de la capacité de penser. Il souligne également que la conception d'une *globalité psyché-soma* est à la base des *abords psycho-corporels*.

Geneviève HAAG souligne que le développement des enfants handicapés aussi lent qu'il soit, passe par les mêmes chemins que celui d'une personne non-handicapée. Pour elle, le *Moi corporel* se construit dans *l'in-corporation des liens relationnels*[72].

La fonction du Moi se développe par étayage sur les fonctions de la peau et de la musculairité, c'est-à-dire le mouvement. Il peut y avoir des "blocages" où l'enfant reste coincé dans une structuration archaïque et entravent l'accès à une *corporéité*. Ces différentes étapes sont valables tout au long de la vie et il y peut parfois y avoir des retours en arrière.

5. Du moi corps au Self

Bernard GOLSE différencie le *moi corps* du *self* de la manière suivante : "*le moi-corps renvoie au corps* [...] *tandis que le self se co-construit dans le regard de l'autre et renvoie donc à la relation*"[73]. Il différencie le *self* des autres instances psychiques que l'on retrouve dans les travaux de FREUD ; il prône le *self* comme un "tout cohérent" comprenant à la fois l'image du corps propre mais aussi l'image de la psyché. Il met en lien ce concept avec l'instauration des assises narcissiques (fruits entre-autres de l'*auto-investissement* du bébé dans ses interactions précoces) ainsi qu'avec le *sentiment de la continuité d'exister* à la fois psychiquement et physiquement. La notion de *self* toujours selon B.GOLSE et SIMAS inclut l'idée que le sujet dispose d'une "*conscience réflexive de son propre fonctionnement psychique et corporel, distinct de celui d'autrui.*"[74] GOLSE et SIMAS le *self* se co-construit avec le sentiment de continuité d'existence.

[72] Haag. 1994. p.17
[73] Golse & Simas. 2008. p.130
[74] Golse & Simas. 2008. p.132

B. Sentiment de continuité d'existence :

1. Définitions

WINNICOTT est le premier à conceptualiser dans son ouvrage *Pédiatrie et psychanalyse* le *sentiment de continuité d'existence*. Selon lui, c'est sur *le sentiment continu d'exister* suffisant que repose la structuration du Moi. WINNICOTT parle également *d'état d'unité*. Il relie le sentiment de continuité d'existence aux soins parentaux et notamment au *holding* maternel.

E.PIREYRE souligne que "*le sentiment de continuité d'existence représente l'une des premières, l'une des plus archaïques étapes que doit traverser le bébé au cours de son développement*". De plus, elle serait "*partie intégrante de l'image composite du corps*" et correspondrait à l'étape précédent l'acquisition d'une identité claire et stable[75].

Le sentiment de continuité d'existence procure un sentiment de sécurité intérieure nécessaire à toutes nos prises d'initiatives. Pour citer de nouveaux WINNICOTT, il y a des liens très forts entre la continuité d'existence et la sensibilité somato-viscérale signifiant un rapport aux sensations intéroceptives et extéroceptives qui sont le support de ce sentiment de continuité.

Il existe pour lui un lien fondamental entre la notion de schéma corporel (qu'il nomme "psyché-soma") et le sentiment de continuité d'existence. La qualité de la relation à soi joue donc un rôle dans ce sentiment. Ce sentiment de continuité est lié aux sensations, au tonus, aux émotions et au développement psycho-affectif : il est donc une étape cruciale dans le développement de l'enfant. Face à l'absence de ce sentiment de continuité, l'individu cherche à entretenir ce sentiment via une mobilisation sensorielle prolongée voire permanente.

Pour Alexandrine SAINT-CAST, "*l'expérience de la sécurité se construit à partir de l'investissement corporel et du plaisir d'agir*"[76]. Étant lié aux sensations, au tonus, aux émotions et au développement psycho-affectif, le travail et l'étayage dans l'accompagnement de l'individu à ces niveaux là semble ainsi crucial, surtout si l'acquisition de ces derniers s'en trouve entravée. G.HAAG ajoute "*Dans les étapes précoces, le sentiment de continuité d'exister n'est pas établi dans une organisation tridimensionnelle de contenance stable "être dans sa peau", mais sur des perçus rythmiques*

[75] Pireyre. 2015. p.58
[76] Vacher. 2013. p.22

de régularités de communications sensorielles/émotionnelles naissant dans le commerce avec un objet peu objectalisé". On voit qu'elle souligne également la place de la sensorialité et des émotions dans l'acquisition d'un sentiment de continuité d'existence. Elle fait de ce sentiment un élément d'observation de sa *Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité* et souligne qu'elle peut être atteinte ou non acquise dans le cadre de pathologie autistique. Pour BULLINGER, apporter une stimulation sensorielle intense et variée peut accompagner, en partie, une meilleure conviction de continuité d'existence.

Ces notions se jouent et se construisent dans la manière dont l'individu peut se mouvoir de manière singulière et individuée au sein de sa *niche écologique*.

2. Identité(s)

L'identité fait référence au caractère individuel et unique de chaque être humain. Après avoir souligné l'inscription au sein de multiples disciplines dans des sens variés du concept "identité", A.CICCONE en garde la définition suivante : "*l'identité concerne la subjectivité, le sentiment d'être sujet de soi-même, d'exister pour soi, en lien donc avec d'autres, distincts de soi. Autrement dit, l'identité suppose l'altérité, elle se construit dans un dialogue avec l'altérité.* [...] *L'identité évolue au gré des aléas de l'histoire de vie du sujet, des modifications internes* [...] *et des modifications externes* [...] *au gré des relations, des rencontres, des identifications*"[77]. Cette définition me paraît pertinente dans le fait qu'elle donne une importance aux éléments du développement psychoaffectif dans l'acquisition d'une identité individualisée. CICCONE laisse une place non-négligeable aux relations, aux interactions, à la place de *l'autre*, tout en prenant en compte la manière dont l'individu intègre, d'une manière qui lui est propre, ces vécus là.

PIREYRE accentue l'importance de l'étape de l'acquisition d'une identité claire. Il souligne que là encore, comme dans l'acquisition du sentiment de continuité d'existence, la sensorialité détient un rôle non négligeable. Selon ce dernier, l'identité s'acquiert au cours du développement psychoaffectif, "*elle trouve ses racines dans notre corps et dans la relation à nos parents*"[78]. Il précise également que la subjectivité est un des prérequis à l'identité.

[77] Ciccone. 2016. pp.13-14
[78] Pireyre. 2015. p.62

"*Plutôt que la perception elle-même, c'est ressentir l'expérience de la perception qui pourrait apporter le sentiment d'identité.*"

BOUBLI

Pour Henri WALLON, la représentation plus ou moins spécifique et globale, différenciée de son corps est également un élément de base indispensable à la construction de la personnalité ; c'est à dire que le mouvement à son sens "*n'intervient pas seulement dans le développement psychique de l'enfant et dans ses relations avec autrui, il influence aussi son comportement habituel. Il est un facteur important de son tempérament.*"[79]

IV. <u>Conclusion de ce chapitre</u> :

"*L'esprit est l'idée des affections du corps. Autrement dit, l'esprit est à la fois conscience de soi comme corps et conscience des modifications de ce corps. La conscience est à la fois unité corporelle et modifications corporelles, unité et dynamisme.*"

SPINOZA.

Pour SPINOZA, le corps nourri des éprouvés corporels, est le fondement de l'esprit.[80] ANZIEU rejoint SPINOZA en affirmant que le corps est le premier *objet épistémique* (de connaissance), premier objet pensé et premier objet de pensée.

"*Il n'y a rien dans l'esprit qui ne soit passé par les sens et la motricité*"[81]

ANZIEU

Dans le même ordre d'idée on peut faire référence à SCHILDER qui affirme "*la motricité est toujours liée à une expérience émotionnelle*". La connaissance du corps à partir d'un travail qui met en jeu la sensori-motricité constitue pour nous une activité de représentation qui donne du sens à la sensation et qui l'inclut dans une modalité perceptive : donc une conscientisation et bien évidemment une tonalité affective. On pourrait également évoquer la pensée de Suzanne ROBERT-OUVRAY qui figure que

[79] Wallon. 1956. p.16
[80] Lesage. 2015. p.26
[81] Lesage. 2015. p.28

l'intégration psychique *"est dans l'aller-retour entre un mouvement de perception du monde à partir du corps, et une introjection qui correspond aux affections du corps induites par la rencontre du monde".*[82]

De plus, la constitution du corps propre endosse un rôle fondamental dans le processus général de la psychogenèse, comme le souligne WALLON "*elle se situe au confluent des besoins intéroceptifs et des rapports avec le monde extérieur* [...] *et est un élément de base indispensable à la construction de la personnalité de l'enfant."*[83]

BULLINGER fait un lien des vécus corporels à la notion de subjectivité "*la régularisation intériorisée des états toniques, l'instrumentation des différents segments corporels ainsi que les représentations de l'organisme sont les différentes facettes de la construction de la subjectivité*"[84].

D'un point de vue psychomoteur, l'enfant au fur et à mesure de son développement en s'appuyant sur les facteurs cognitifs, moteurs, affectifs au sein d'une relation avec son environnement, ressent, vit, expérimente son corps qu'il s'approprie progressivement, nomme et se représente.

Ainsi on peut de manière succincte en s'appuyant sur le corpus développé en amont, résumer la place du mouvement dans la construction d'un sentiment de soi et d'être au monde de la manière suivante : la mise en mouvement du jeune enfant via une *motricité libre,* qui par moment, est étayée par l'adulte lui offre une meilleure maîtrise de ses possibilités corporelles. Les mouvements et la mise en acte du jeune enfant sont à la source d'un sentiment de compétence associé à un sentiment grandissant de confiance en lui. Ces expériences sensori-motrices participent au développement d'une conscience corporelle plus solide et mieux intégrée qui pourra alors amorcer un vécu d'harmonie de sa corporéité. Elles participent aussi à la conscience d'un *soi* bien différencié et d'une subjectivité lui permettant d'affirmer et mieux être à l'écoute de ses intentions et de ses désirs. Il y a une impossible séparation de la construction de la conscience corporelle avec le traitement des flux-informations sensorielles.

Ces observations s'échafaudent conjointement avec la construction de processus psychiques. La représentation que l'individu se fait de son corps le renvoie à la manière dont il s'attribue ses expériences corporelles. Des expériences sensorielles et motrices

[82] Lesage. 2015. p.33
[83] Garelli. 1970. p.362
[84] Bullinger. 2004. p.63

qu'il vit, s'élaborent des représentations corporelles dynamiques, qui incluent l'établissement de son schéma corporel et de son image du corps. L'enfant devient *sujet*, notion qui met en avant l'aspect phénoménologique du corps et propose le corps comme *être au monde*. Il se forge de ce fait une subjectivité et s'individualise. L'appropriation singulière qu'il se fait des expériences de *son corps propre* participe à la construction d'un *Moi corporel* soutenant sa capacité de penser. Cette aptitude à s'approprier son vécu et à être *soi* soutient conséquemment un sentiment d'être au monde et un sentiment de continuité indissociable de la construction d'une identité claire.

CHAPITRE 2 : LE POLYHANDICAP ……

I. **Définir le polyhandicap :**

A. Évolution du concept de polyhandicap :

1. Une prise en considération nécessaire et tardive

La notion de polyhandicap est apparue dans les années 1960 pour caractériser "*une population qui ne trouvait pas sa place dans les structures pour personnes souffrant de handicap moteur, en particulier pour les infirmes moteurs cérébraux (IMC) que le professeur Tardieu avait [...] différenciées par leurs capacités cognitives préservées (Tardieu, 1969) et les personnes handicapées mentales dont la motricité n'était pas atteinte*". Les jeunes étaient nommés jusqu'alors "*arriérés profonds*"[85] ou "*encéphalopathes*"*[5] n'ayant aucun soin particulier ni structure d'accueil.

La prise en considération de la personne polyhandicapée a été progressive et a émergé dans les années 1960 avec la création en 1965, sous la directive de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (l'AP-HP), d'une association loi 1901 : le Cesap (comité d'études et de soins pour les arriérés profonds de la région parisienne). Naît de cette initiative des établissements d'accueil, un conseil scientifique et technique (afin d'exposer et discuter des aspects majeurs du polyhandicap et les impacts-intérêts-limites des réponses mises en œuvre), une journée d'étude annuelle, un centre documentaire spécifique au polyhandicap, des études et recherches relatives au polyhandicap …

2. Définitions

Dans sa lettre de cadrage "*l'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité*", l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) parle "*d'évolution du concept du polyhandicap*".

Le terme polyhandicap fait partie des grands groupes de handicap. Il est défini par le Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) en 1984 dans l'annexe XXIV ter "*comme handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale*

[85] Camberlein & Ponsot. 2017. p.87

profonde". Il se différencie du plurihandicap qui est défini comme "*l'association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles*" et du surhandicap caractérisé par "*une surcharge de troubles du comportement sur un handicap grave préexistant*".

Lors du Décret n°2009-378 du 2 Avril 2009 - art. 5 la définition du polyhandicap fait ressortir la prise en compte du caractère évolutif de la situation des personnes polyhandicapées. Enfin, le décret n°2017-982 du 9 mai 2017 article D.312-0-3.-I., expose le polyhandicap comme "*une situation de vie d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du 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 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*". Cette définition souligne le côté vulnérable de la condition de la personne polyhandicapée, et aussi le côté évolutif.

Le polyhandicap est à différencier de l'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC) et l'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC). L'IMC se traduit entre autres par des troubles du mouvement et de la posture dûs à une lésion cérébrale souvent associés à des troubles d'expression et de comportement, neuro-cognitifs mais avec une intelligence normale à l'inverse de l'IMOC qui répond à la même définition mais avec une déficience intellectuelle (DI) légère ou moyenne. Les paralysies cérébrales (PC ou CP-*cerebral palsy* en anglais) englobe l'IMC, l'IMOC et le polyhandicap congénital. TARDIEU définit la paralysie cérébrale comme un trouble moteur permanent secondaire à une lésion cérébrale non évolutive, survenue avant l'âge de 2 ans, sur un cerveau en développement (immature). La paralysie cérébrale se caractérise aussi comme un groupe de conditions durables qui affectent le mouvement, la coordination et la posture, causée par une lésion cérébrale survenue avant, pendant ou après la naissance.

La délimitation du polyhandicap (*Annexe 3*) est parfois difficile mais sa caractérisation permet de répondre au mieux aux besoins des personnes polyhandicapées de façon de plus en plus adaptée. Ainsi, le polyhandicap désigne une association de déficience mentale sévère/profonde avec une déficience motrice grave. La personne polyhandicapée présente une dépendance majeure.

Lors du congrès mondial de Seattle en 2002 de l'Association pour l'Étude Scientifique des déficiences intellectuelles (IASSID) apparaît le terme PIMD (Profound Intellectual and Multiple Disabilities) équivalent du terme francophone polyhandicap. La déficience mentale profonde et les multiples troubles moteurs sont les deux points les plus souvent retenus. Il est cependant important de rajouter des expressions cliniques multiples ou surchargées dans le polyhandicap. D'autres déficiences de type psycho-comportementales, neurosensorielles, une grande fragilité médicale et en particulier une épilepsie sont souvent associées (*Annexe 1*).

La connaissance de la situation liée au polyhandicap est indispensable pour établir un accompagnement qualifié et individualisé. La situation de handicap est le produit de trois facteurs (*Annexe 2*) :

<table>
<tr><td colspan="2">Facteurs propres à l'individu</td><td>Facteur environnemental</td></tr>
<tr><td>Facteur organique</td><td>Facteur subjectif</td><td rowspan="2">Facteurs variés
médicaux, familiaux, sociétaux, architecturaux, financiers, législatifs
Aggravants ou limitants</td></tr>
<tr><td>Incapacités - conséquences de déficiences</td><td>Ressenti de la personne vis à vis de ses capacités
Souvent négligé</td></tr>
</table>

La prise en considération de ces facteurs permet d'établir un projet d'accompagnement personnalisé afin de répondre au plus près aux attentes et aux besoins de la personne polyhandicapée.

B. Étiologie et exploration diagnostique :

La recherche étiologique est une démarche habituelle dans le cadre d'un handicap. L'étude concernant les étiologies du polyhandicap est complexe. Il y aurait entre 30% et 40% des personnes pour lesquelles la cause du polyhandicap est inconnue selon l'INSERM[86] . L'atteinte cérébrale réalise des associations cliniques très diverses. Il existe peu de données sur la population polyhandicapée en France.

[86] Organisme public de recherche français entièrement dédié à la santé humaine - Inserm.fr

On distingue les principales étiologies en fonction de leur temporalité et leur moment de survenue ; ainsi selon l'ouvrage *La personne polyhandicapée*, les causes anténatales sont les plus fréquentes et représentent 61,6% des étiologies du polyhandicap. Parmi ces dernières on retrouve entre autres, 14% à 21,7% de malformations cérébrales et autres anomalies structurelles, et 24,5% de causes génétiques (de plus en plus fréquentes). Les causes postnatales suivent avec 21,8% des étiologies du polyhandicap et enfin les causes périnatales représentent 16,6% des étiologies du polyhandicap. Il est probable que pour certains cas, plusieurs causes se cumulent chez le même enfant.

On dénombre trois types de polyhandicap à savoir : polyhandicap congénital fixé, polyhandicap congénital évolutif et polyhandicap acquis. Ces derniers partagent les mêmes caractéristiques spécifiques (*déficience mentale sévère, déficience motrice, associés à d'autres déficiences psycho-comportementales, neurosensorielles, fragilité somatique* …) mais la situation de polyhandicap de chacun est très différente

Ainsi, la situation de polyhandicap est due à une lésion cérébrale qui peut être congénitale ou acquise. En cas de lésion *acquise*, on parle de polyhandicap acquis. La personne n'est pas née avec la lésion cérébrale. Elle est arrivée à la suite d'un épisode infectieux, d'un accident ou d'un trouble vasculaire.

À contrario, certaines lésions cérébrales sont dites congénitales et sont présentes dès la naissance. La lésion cérébrale est pour le plus souvent (80 à 90% de temps) *fixée* et est à l'origine d'un polyhandicap fixé congénital qui est présent dès la première année. Mais la lésion cérébrale congénitale peut aussi être *évolutive* et conduire à un polyhandicap congénital évolutif qui peut se manifester à des âges variés. La date de survenue de la lésion et la nature de la lésion ont des conséquences différentes sur la gravité, l'évolution des déficiences et des capacités de la personne polyhandicapée. Il est donc important d'en tenir compte.

II. <u>Les spécificités du polyhandicap</u> :

Les différentes déficiences retrouvées dans le polyhandicap s'associent de façon diverse. Certains symptômes apparaissent au fur et à mesure de la mise en place de la maturation des étapes de développement. Ainsi, certains symptômes peuvent apparaître

de manière évolutive et avec une intensité variable durant les 2-3 premières années de vie.

A. Des troubles moteurs :

Dans le polyhandicap, il s'agit donc de troubles moteurs permanents. Ces diverses spécificités et déficits se répercutent sur la croissance et entraînent des rétractions musculaires, des déformations squelettiques et neuro-orthopédiques secondaires au déficit et à la spasticité, une limitation des amplitudes articulaires, l'émergence de douleurs ainsi que des troubles de l'organisation motrice.

On retrouve un défaut de régulation du tonus sous plusieurs formes qui entraîne une pauvreté de la motricité, des troubles du tonus postural, une raideur des membres. Le défaut postural est constant et affecte l'acquisition de la tenue de la tête et du tronc ainsi que de la station assise et érigée. Voici une liste non exhaustive des troubles de régulation du tonus que nous pouvons retrouver :

- Spasticité : présence d'une contracture musculaire involontaire de type hypertonie pyramidale.
- Rigidité : rigidité extrapyramidale à l'origine d'une hypertonie plastique sous la forme d'une mobilisation avec un membre qui cède par à-coups.
- Athétose : ou mouvements athétosiques qui sont des mouvements involontaires, pas coordonnés, de grandes amplitudes, longs et qui touchent particulièrement les extrémités des membres et de la face.

On note également une persistance de certains réflexes archaïques. Au cours du développement peuvent se révéler des atteintes de types (liste non exhaustive) :

- Quadriplégie/parésie : atteinte des 4 membres
- Hémiplégie/parésie : atteinte d'un hémicorps
- Paraplégie : paralysie plus ou moins complète des deux membres inférieurs.
- Trouble dystonique : contraction concomitante des muscles agonistes et antagonistes au moment de l'élaboration du mouvement. Le mouvement est anormal, répétitif, parfois accompagné de tremblements et peut entraîner des postures anormales.

On distingue la *parésie* (atteinte incomplète avec, tout de même, une force musculaire résiduelle) de la *plégie* (déficit moteur complet).

Ces symptômes moteurs se retrouvent dans la motricité volontaire : mouvement - coordination - posture, entraînant entre-autre des mouvements modifiés : mouvements agités, saccadés, maladroits, incontrôlables, trémulant …

1. Troubles moteurs secondaires

En fonction de l'importance de la zone cérébrale lésée, des troubles moteurs dits secondaires peuvent apparaître. Les plus courants sont les troubles de la déglutition, les troubles du langage, les troubles praxiques, les troubles respiratoires et les troubles d'acquisition de la propreté dûs au dysfonctionnement des contrôles sphinctériens.

2. Matériel orthopédique

Face aux diverses déformations squelettiques et neuro-orthopédiques secondaires au déficit et à la spasticité, l'utilisation de matériel orthopédique (corsets, attelles, fauteuil coquille, chaussage spécifique …) est nécessaire pour la plupart des enfants polyhandicapés.

En effet, l'utilisation de ce type de matériel est nécessaire pour limiter et/ou prévenir les déformations articulaires et osseuses et ainsi préserver tout au long de la croissance les capacités motrices présentes. Les diverses installations utilisées ont aussi pour objectifs de mettre et/ou maintenir le sujet dans des positions pouvant l'aider à mieux percevoir les stimulations extérieures et appréhender le monde qui l'entoure.

Ce matériel entrave les possibilités ainsi que les amplitudes de mouvements et de la mise en mouvement de l'individu. De plus, ces diverses orthèses, peuvent être considérées par le jeune comme de véritables extensions de son propre corps, et constituer ainsi un extra-squelette ; et une fois qu'elles sont retirées, ces dernières peuvent représenter concrètement les angoisses de morcellement du corps (puisque que le jeune peut le vivre comme un retrait d'une des parties de son corps). Ce *démembrement* peut lui-même entretenir une impossibilité, déjà plus ou moins présente, de réunification de l'image corporelle.

B. Une déficience intellectuelle (DI) :

Chez la personne polyhandicapée, le quotient intellectuel (QI) est inférieur à 50. Cette dernière est difficilement évaluable dans la plupart des cas du fait de la présence des déficiences motrices, du langage, des apraxies … Ce déficit intellectuel entraîne des difficultés chez la personne à se situer dans le temps et dans l'espace, à développer des acquisitions mnésiques (la mémoire : système cognitif supérieur), à développer un raisonnement et mettre en relation des éléments ou événements, et à acquérir et développer un langage rudimentaire, voire absent. L'Organisation Mondiale de la Santé souligne aussi que cette DI peut-être à l'origine de trouble du fonctionnement social et entraver le fonctionnement adaptatif. Selon la CIM 10*[7] les troubles du développement intellectuel peuvent être associés ou être la conséquence d'un autre trouble mental (troubles mentaux organiques, troubles du comportement, troubles émotionnels …).

C. L'épilepsie :

L'épilepsie est une maladie chronique caractérisée par la récurrence de crises d'épilepsie qui correspondent à une altération temporaire du fonctionnement normal du cortex cérébral. Elle atteint 40% à 50% des individus polyhandicapés[87]. Il y aurait une corrélation entre l'épilepsie et la déficience intellectuelle ; en outre, plus le QI serait inférieur, plus les personnes polyhandicapées seraient à risque d'être épileptiques.

L'épilepsie est fréquente chez la personne polyhandicapée. Elle est secondaire à la lésion cérébrale à l'origine du polyhandicap et donc en est une conséquence directe. Il faut distinguer la crise d'épilepsie, la maladie épileptique et le syndrome épileptique.

Crise d'épilepsie	Symptôme - Manifestation neurologique et transitoire provoquée par une hyperactivité excessive de neurones cérébraux hyper synchrone, hyperexcitable.
Maladie épileptique	Affection chronique - Capacité qu'a un patient à présenter des crises d'épilepsies spontanées - Corollaire neurocognitif, neuropsychiatrique et psychosocial qui est souvent plus invalidant que les crises d'épilepsies en elle-même.
Syndrome épileptique	Association non fortuite de signes et de symptômes tels que dans

[87] Georges-Janet. 2002.

	le cas de l'épilepsie : - âge de début particulier - un ou plusieurs types de crises différents - caractéristiques EEG*[4] spécifiques - évolution et pronostic neuropsychologique spécifiques. Dans ce syndrôme, les crises ont des caractéristiques communes : - débutent et finissent rapidement - courte durée (inférieur à 3 minutes) - elles sont stéréotypées - Présence systématique des anomalies EEG. Ces paramètres varient en fonction des différents syndromes rencontrés.

Sur le plan épidémiologique, l'épilepsie peut revêtir des aspects cliniques qui sont très divers et très polymorphes*[3]. Il s'agit d'une pathologie grave et est la première cause de handicap neurologique en Europe. Elle est associée à une surmortalité importante souvent liée à des morts subites inattendues. 30% des épilepsies sont pharmaco-résistantes. Malgré l'ajout de médicaments antiépileptiques, anticonvulsivants à bonne dose et bien tolérés, certaines personnes continuent à présenter des crises d'épilepsies. Dans 4 cas sur 5, ces épilepsies sont difficiles à équilibrer[88].

Les étiologies sont nombreuses dans le cadre de l'épilepsie ; elles peuvent être d'origine :

➔ Structurelle : liée à une lésion cérébrale (acquis) - Génétique (innée) - Infectieuse/post-infectieuse - Métabolique - Dysimmunitaire : liée à des auto-anticorps dirigés vers les cellules neuronales.

D. Troubles du comportement :

Les troubles du comportement ont une place prédominante dans le polyhandicap. Selon Gérard PONSOT, ces comportements se retrouvent chez 30% des personnes polyhandicapées et IMC. Certaines études portent à penser que ces troubles sont d'autant plus fréquents qu'il existe une déficience intellectuelle. On peut retrouver des comportements automutilatoires, des comportements agressifs et des comportements

[88] Georges-Janet. 2002.

stéréotypés. Ces troubles du comportement sont souvent associés à d'autres troubles psycho-pathologiques comme des troubles du spectre autistique. Certains troubles neurologiques sont à l'origine de comportements à versant autistiques (ex : Syndrome de Rett). Selon le Dr.Lucile GEORGES-JANET[89], des études précises ont montré que dans le jeune âge, les éléments permettant de faire la distinction entre autisme et déficience mentale étaient peu nombreux.

Par conséquent, les possibilités de perception, d'expression et de relations sociales sont limitées entraînant des difficultés majeures de communication auxquelles le psychomotricien doit s'adapter.

E. Troubles sensoriels - Troubles somatiques :

Dans le polyhandicap il y a la perte ou l'atténuation d'un ou plusieurs des cinq sens (toucher, vue, odorat, goût, audition).

L'audition n'est pas toujours facile à évaluer, car elle suppose la compréhension du sujet pour être bien testée. On observe chez certains sujets polyhandicapés une intolérance au bruit.

Les troubles de la vision sont très fréquents, en effet on en retrouve chez près de 40% des personnes polyhandicapées. Les difficultés de commande de la direction du regard peuvent être importantes. Ces difficultés peuvent rendre la vision fatigante, aléatoire, avec des troubles de la perception du relief, du fond par rapport à l'objet, ainsi qu'une sensibilité à l'encombrement visuel. Pour une personne sans vision focale (comme on en retrouve souvent dans le polyhandicap), on s'intéresse à la vision périphérique *via* des objets contrastés, des mouvements …

On peut rencontrer chez les personnes polyhandicapées des hypo ou hyper sensibilités tactiles. Cette sensibilité peut être mise en lien avec l'éventuelle construction peu établie de leur enveloppe corporelle.

Les travaux de BULLINGER mettent en avant que l'absence ou le déficit d'une entrée sensorielle rend plus difficile la construction des représentations relatives à l'image corporelle ou à la localisation dans l'espace proche. De plus, selon ce dernier, les troubles de l'intégration sensorielle peuvent aussi perturber l'attention de l'enfant.

[89] Ancienne directrice médical du CESAP, pour la fondation HANDAS (Handicaps Associés)

De surcroît, on note la présence de troubles somatiques. La faiblesse des muscles respiratoires, les déformations thoraciques, et même les fausses routes alimentaires à répétition (à l'origine d'encombrements bronchiques) sont des facteurs pouvant entraîner une insuffisance respiratoire chronique.

Les atteintes neurologiques de la sphère bucco-linguale peuvent être à l'origine de troubles nutritionnels et comme nous avons pu le voir précédemment, à l'origine de difficultés de mastication et de déglutition.

On retrouve aussi des troubles de l'élimination de type constipation, vessie spastique, infection urinaire … Certains jeunes présentent des fragilités cutanées, du fait entre-autres, de la difficulté voir l'impossibilité de changer de posture par eux-mêmes.

F. Angoisses archaïques :

Les psychanalystes parlent d'*angoisses archaïques* pour définir les angoisses présentes avant l'installation du langage. Geneviève HAAG souligne le fait que certaines angoisses corporelles du nouveau-né non-handicapé persistent chez l'autiste ou le polyhandicapé du fait en partie de la non-acquisition des grandes étapes de développement.

Mylène GARO souligne qu'elles surviennent dans le développement précoce de chacun, elles concernent surtout le nouveau né, lors de la constitution de son *moi corporel*, de ses sensations, de ses émotions et de la mise en place de la pensée et elles accompagnent les étapes de la structuration psychique[90]. Ces angoisses sont vécues de manière intense et s'accompagnent de détresse et d'éprouvés corporels forts. Ces angoisses laissent des *traces corporelles* même à l'âge adulte. On peut entendre parler d'angoisse de chute, de liquéfaction, de morcellement, d'étouffement, de dévoration etc.

Il ne s'agit pas ici de développer précisément en quoi consiste chacune de ces angoisses mais de souligner que la présence de ces angoisses chez le sujet polyhandicapé signe une véritable atteinte de l'intégrité corporelle non-négligeable. Elles peuvent être source d'inconfort corporel et être à l'origine de désorganisation psychique et/ou corporelle.

[90] Garo. 2013. p.75

Adrien est un jeune garçon âgé de 15 ans présentant un syndrome d'Angelman. Selon la grille d'observation de G.HAAG, le garçon se situe dans une étape de récupération de la peau ; la non-acquisition de l'enveloppe corporelle peut être à la source d'angoisses archaïques vecteurs d'un vécu désorganisé, et être à l'origine d'un "*ressenti de fusion et d'engloutissement par l'environnement extérieur associé à une crainte d'anéantissement dans l'immensité*"[91]. La construction de l'enveloppe corporelle est une étape fondamentale. En effet, cette dernière lorsqu'elle se construit protège des divers stimulis environnants qui peuvent être vécus comme intrusifs ; elle protège, unifie les ressentis corporels et joue dans la perception des limites corporelles. "*C'est à partir de cette enveloppe que vont ensuite pouvoir se mettre en place les "contenants de pensée*""[92] : elle joue un rôle de réceptacle psychique interne où sensations et perceptions s'organisent en représentations. Adrien est un jeune garçon qui peut alors rapidement se sentir intrusé étant donné que la délimitation moi/non-moi que permet l'investissement de sa peau comme limite reste ici peu ou pas structurée, ce qui peut l'amener à adopter des comportements d'accrochage. Dans certaines situations de stimulations sensorielles que le jeune garçon apprécie particulièrement, ce dernier peut se sentir débordé par les "bonnes sensations". Les fonctions de pare-excitation et de contenance de l'enveloppe n'étant pas encore solides, cela laisse place à une excitation désorganisée qu'Adrien exprime sous la forme de comportement d'accrochage. Le psychomotricien propose alors (en le verbalisant au jeune) de stopper un moment les stimulations et de s'éloigner pour lui laisser un temps d'intégration.

III. <u>Conclusion de ce chapitre</u> :

Ces déficits moteurs, sensoriels, cognitifs entraînent un retard de développement global de l'enfant ainsi que des retards d'acquisition de certaines compétences. Cela varie et est plus ou moins marqué selon l'importance des déficits primaires et des compensations offertes par les rééducations mises en place qui impactent l'activité de la personne handicapée. On peut également se questionner quant à une éventuelle

[91] Garo. 2013. p.78
[92] Garo. 2013. p.79

discordance entre ce que l'enfant connaît de son corps et ce à quoi il peut servir, de la manière dont il peut user de son corps kinesthésique. Ces retards, anomalies, ces troubles du développement peuvent être à l'origine d'un retard ou d'une perturbation dans l'acquisition du schéma corporel.

Les troubles toniques présents dans le polyhandicap induisent fréquemment des postures anormales qui s'organisent autour d'appuis pathologiques qui entravent le mouvement. L'absence d'organisation du mouvement et la pauvreté de sa diversification ancrent un vécu corporel dysharmonieux, voire morcelant, et ont ainsi un impact sur la construction de l'axe corporel. Ils peuvent être à l'origine d'un sentiment de "*pétrification*"[93].

Chez l'enfant I.M.C ou polyhandicapé, la privation des expériences *normales* - retrouvées chez des enfants non handicapés - sont à l'origine d'un manquement et d'un appauvrissement des qualités de contact corporels. Ils se retrouvent ainsi très souvent dans des étapes très primitives de la constitution du *Moi-corporel*.

Ces troubles et anomalies peuvent entretenir la présence d'angoisses archaïques invalidantes qui peuvent entraîner un vécu désorganisateur, auquel le professionnel doit s'adapter et les prendre en compte afin d'en moduler la prise en soin et ainsi offrir un accompagnement adapté à l'individu. L'exploration et la compréhension de ces angoisses archaïques d'ordre corporel se révèlent cruciales pour le psychomotricien qui peut alors proposer un espace où les éprouvés corporels se (re)jouent.

Une expérience du corps discontinue peut être source de désorganisation du sentiment de continuité, de désorganisation de la perception et des représentations de l'espace et du temps.

Les personnes considérées comme polyhandicapées font face à une restriction majeure de l'autonomie. Les jeunes sont pour la plus grande part extrêmement dépendants et ce sont des personnes qui présentent un vécu corporel particulier. En outre, au regard de ces multiples spécificités du polyhandicap, il paraît nécessaire de leur proposer une prise en charge globale et quotidienne, ainsi qu'un suivi adapté à leur fonctionnement propre. Ainsi il convient de proposer une prise en charge pluridisciplinaire (psychomotricité, kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie …)

[93] Garo.2013.p.80

portant un projet commun autour de l'individu concerné, un travail d'équipe où l'objectif commun sera le mieux-être de la personne.

La prise en charge des personnes polyhandicapées en psychomotricité est intéressante pour assurer une vie relationnelle suffisamment riche et adaptée et permettre à la personne de s'épanouir malgré ses difficultés. La psychomotricité peut permettre de pallier, contourner certains troubles moteurs, de la relation et du comportement et permettre la reprise d'un développement psychique altéré. Les prises en soin peuvent veiller à une réunification des sensations corporelles, sentir son corps dans sa globalité, vivre des expériences sensori-motrices, de détente …

CHAPITRE 3 : UNE RENCONTRE DES CORPS MOUVANTS……

"*L'accordage avec la personne qui examine l'enfant repose sur des points d'appui qui peuvent être physiques et répondre à des limitations toniques et posturales de l'enfant. Ces appuis peuvent également porter sur les mécanismes de régulation tonique et les représentations psychiques de contenance. Cet étayage, dont on va faire varier la géométrie, permet, par ses variations, de détecter les points d'appuis les plus utiles pour que l'enfant maîtrise la conduite ….*"[94]. Dans cette partie il s'agit de décrire précisément ce dont BULLINGER parle ci dessus, tout en s'appuyant sur les chapitres précédents c'est-à-dire en prenant en compte les particularités du polyhandicap et sans perdre de vue la place du mouvement dans le développement psychomoteur. Il s'agira en conséquence d'expliquer en quoi la relation avec les jeunes polyhandicapés en psychomotricité se construit sur des bases différentes de ce qui se passe avec un enfant non handicapé. Dans son livre sur la *stimulation basale* d'Andreas FRÖLICH, PAGANO souligne la singularité de la rencontre avec la personne polyhandicapée et la juste proximité corporelle nécessaire de par sa dépendance.

I. La place du psychomotricien - apports de la psychomotricité :

Ici je considère l'intervention du psychomotricien comme un élément facilitateur de la mise en actes des potentiels du sujet, lorsque cette expression est entravée, comme dans le polyhandicap. Il s'agit d'expliciter de quelle(s) manière(s) le psychomotricien favorise l'expérimentation chez l'enfant par un travail permanent d'ajustement psychique et physique. Dans le polyhandicap, il semble évident qu'il manque à l'enfant des expériences psychomotrices fondamentales et notamment celle de la continuité, du lien. L'intervention du psychomotricien vise à la construction du corps comme objet de connaissance et permettre à l'enfant de développer un équilibre psychocorporel et donc de nouvelles manières de s'exprimer et d'agir. Il veille à apporter, par des mises en situations spécifiques, des améliorations de perceptions sensorielle, kinesthésique ainsi que proprioceptive. Andreas FRÖHLICH parle de *globalité* pour modéliser "*qu'une seule et même personne est impliquée simultanément dans une grande variété de processus*

[94] Bullinger. 2004. pp.198-199

vitaux, d'expériences, de sensations, de perceptions, de pensées, de mouvements et de communication."[95]

A. Motiver l'exploration sensorimotrice et la mise en mouvement :

Le psychomotricien a pour rôle de stimuler, faire émerger une incitation motrice chez le jeune, qui cette dernière, vise à une découverte et une recherche (comme durant les premiers mois de la vie) d'une animation motrice et d'une découverte de son corps, de ses possibilités. Le psychomotricien, à travers la relation, veille à ce que le jeune prenne conscience de lui-même et de son corps. L'exploration entraîne de nouvelles perceptions qui en retour permettent à l'enfant d'obtenir des informations sur son environnement. Le comportement exploratoire de l'enfant permet l'émergence de nouvelles informations. La *théorie écologie* dans laquelle s'inscrivent GIBSON et BRONFENBRENNER s'intéresse à la perception dans le développement de la psychomotricité. Elle met en avant que perception et action sont intimement liées et le passage de l'une à l'autre se fait directement sans recours aux représentations.

1. Cadre et espace des séances de psychomotricité :

Catherine POTEL souligne que le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.

En psychomotricité, la temporalité est différente de celle des autres professionnels de santé. Les prises en charge sont généralement assez longues, c'est un temps à part. Le psychomotricien prend le temps de rencontrer l'autre, lors de la passation du bilan, avant de décider d'une éventuelle prise en charge. Et pour le patient aussi c'est un temps à part. Le temps commun de la séance peut être vu comme une aire transitionnelle où le patient peut sentir, expérimenter, s'exprimer... à son rythme.

[95] Pagano. 2020. p.94

MARCELLI différencie les macrorythmes des microrythmes :

Macrorythmes	Microrythmes
Régularité et cohérence qui apporte une sécurité (*sine qua non* : forme d'insécurité). Ces rythmes correspondent aux soins de l'enfant, qui demandent à être aussi immuables que possible.	Interactions ludiques entre l'enfant et ses partenaires, fantaisie, imaginaire, petites ruptures dans la régularité qui apportent du tiers, et permettent un développement des propres compétences de l'individu (*sine qua non* : illusion que tout viendrait du dehors ; forme de passivité).

Le psychomotricien porte également une attention particulière à la place des rituels au sein d'une prise en soin. On définit les rituels comme un ensemble d'habitudes, de règles implicites ou explicites qui régissent certaines cérémonies ou certains comportements sociaux. Ces rituels s'inscrivent au sein d'un rythme. Ce sont des séquences d'actions stéréotypées, chargées de signification et organisées dans le temps. Le rituel est prévisible et se répète, il est réglé, fixé, codifié. C'est une action symbolique qui n'est pas forcément logique mais qui a du sens pour celui qui l'accomplit. Un enfant aspire à se créer des rituels pour se sécuriser.

Au sein d'une séance, il y a différents temps qui créent un certain rythme repérable pour le patient. Et notamment les rituels qui offrent un sentiment de continuité ainsi qu'un sentiment de sécurité. On retrouve cette notion de fonction structurante et rassurante du temps dans le développement : nécessité d'un cadre (les invariants – macrorythmes) mais liberté dans ce cadre (microrythmes).

Ainsi, par cette temporalité de prise en charge spécifique, plus longue, le psychomotricien peut amorcer des régularités au sein de la prise en soin associées à des redondances spatiales et temporelles entre les diverses boucles sensori-motrices et ainsi faciliter l'accès au concept *d'habituation* (au sens de BULLINGER). Ces situations offertes au jeune permettent aux activités de jouer leur rôle *d'extracteur d'invariants*. Un juste équilibre entre macrorythmes et microrythmes soutient le sentiment d'exister. Au sein d'un travail avec des personnes polyhandicapées, la répétition sera d'autant plus importante pour favoriser *l'intégration*.

En somme, il est indispensable d'offrir un cadre souple, et de chercher à comprendre les usagers dans leur singularité pour ainsi s'adapter à leur dynamique propre. Le psychomotricien doit veiller à l'apport d'une sécurité physique et psychique *via* un cadre sécurisant et contenant, une délimitation des temps et espaces qui met en jeu la question de contenance et une certaine fonction rassurante, de pare-excitation (terme employé par FREUD et consiste à protéger l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire).

"*Un cadre contenant, un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître*"

BALLOUARD

Théa est une jeune fille présentant dans le cadre d'un syndrome de Schaaf-Yang, un trouble autistique sévère. Au sein de sa prise en charge, on porte une importance au cadre matériel et temporel qui soutient chez Théa un sentiment de sécurité et de continuité. De par son fonctionnement particulier, il est important d'aménager un environnement adapté à son fonctionnement perceptif et cognitif - structurer le temps, outils de repérages, épurer l'environnement en distracteurs, structurer l'espace : nous préparons donc préalablement la salle, selon une configuration bien précise qui reste la même depuis le début de la prise en charge, avec les mêmes modules mis à disposition de la jeune fille. Le manque de sens de l'environnement qu'éprouve Théa l'amène à un besoin d'immuabilité ou *sameness* (au sens de KANNER) : elle développe des conduites très serrées pour parer au risque d'être confrontée au changement qu'il est nécessaire de respecter.

2. Une relation d'étayage :

La dimension relationnelle en psychomotricité est fondamentalement structurante dans le processus de développement du jeune.

Jean-Paul PES s'accorde à dire qu'on ne peut séparer la conscience de soi et la relation intersubjective. Ce dernier souligne qu'elles se conditionnent mutuellement : on se connaît par rapport aux autres et on connaît les autres par rapport à soi ; ainsi la théorie de l'étayage consisterait à dire que le besoin d'autrui est appris par l'intermédiaire d'une *nourriture sensorielle*.

Dans le polyhandicap, les temps de rencontre, notamment du fait du fonctionnement particulier des jeunes présentants un polyhandicap, peuvent être allongés par comparaison à la prise en charge d'un enfant non-handicapé. C'est en partie ce temps de rencontre qui est au soubassement de la construction d'une alliance thérapeutique et une relation d'étayage solide qui facilitera par la suite l'accès à un travail psychocorporel.

Nathan jeune polyhandicapé âgé de 15 ans présente une motricité de masse en réponse globale aux flux sensoriels, ses mouvements ont l'allure de décharges motrices globalisées en partie à l'origine de réponse tonico motrice non orientée et indifférenciée. Georges SAULUS associe ces états à un *éprouvé archaïque d'existence*, correspondant à un éprouvé d'une existence indifférenciée mêlant indistinctement ce qui éprouve de ce qui est éprouvé. Nathan porte peu d'intérêt à la présence d'un tiers et les échanges avec lui sont difficilement interprétables, du fait qu'il est compliqué de distinguer ses expressions de plaisir et de déplaisir. Les manifestations d'angoisses corporelles sont majeures et on observe aussi des fluctuations de la vigilance. Face à ces caractéristiques, la rencontre peut-être longue. Dans le cas de Nathan, après 7 mois de séances en compagnie de ce jeune homme, nous sommes encore dans un travail de rencontre mutuelle ; on continue d'apprendre à se connaître, et nous tâchons de mieux comprendre ses vécus, mieux lire ses éprouvés, tout en communiquant avec les équipes pour mieux cerner sa manière d'être et ce qui l'anime (ou pas).

a) A propos de la théorie de l'attachement

Ici j'évoque sans rentrer dans les détails les grandes lignes de la théorie de l'attachement. Cette théorie reprend l'idée d'un besoin chez le jeune enfant d'une proximité psychique et physique, d'une disponibilité et d'une accessibilité de la part de l'adulte qui prend soin de lui. La théorie de l'attachement est une théorie spatiale. Le

caregiving correspond à la fonction de prendre soin, de répondre aux besoins d'attachement de l'enfant : c'est un mouvement de l'adulte vers l'enfant.

On peut évoquer ici la théorie de l'attachement de BOWLBY et la métaphore du porte-avion. Le rôle du psychomotricien est d'être à la fois :

- ➢ Une base de sécurité, permettant à l'enfant d'aller explorer et être disponible de jouer le rôle de refuge quand il le faut.
- ➢ Havre de sécurité grâce à nos capacités à accueillir les émotions négatives et les difficultés du patient.

La qualité du *caregiving* dépend de l'engagement (prendre soin dans n'importe quelle circonstance), et du sentiment de responsabilité. Dans la théorie de l'attachement, l'enfant peut se séparer et aller explorer car il est suffisamment attaché et se sent suffisamment en sécurité.

b) Zone proximale de développement

VYGOTSKY conceptualise la *zone proximale de développement* et distingue ce qui est de l'ordre du développement et ce qui est de l'ordre des apprentissages. En outre, on rattache ce qui est de l'ordre du développement à tout ce qui à trait à la spontanéité, ce qui serait endogène *;* alors que les apprentissages s'inscrivent dans un cadre relationnel, et un processus actif. Ainsi la *zone proximale de développement* correspond à tout *ce que je peux faire avec de l'aide* : donc via l'étayage et la guidance de l'adulte, ou d'un enfant avancé dans certains domaines, l'enfant peut résoudre des problèmes en collaboration.

"C'est par le déploiement de son activité que l'enfant crée sa propre

conscience de l'espace, contenu et soutenu physiquement et

psychiquement par sa mère et son entourage"[96]

JARICOT

Le développement psychomoteur se fait dans un *aller-retour* entre les expériences développementales par l'enfant et les expériences en relation avec l'environnement. De plus, l'interaction offerte par le psychomotricien au cours des séances permet au jeune de faire un certain nombre de découvertes. BOISSINOT écrit :

[96] Jaricot. 2006. p.91

"*le lien social, les échanges et le sentiment d'utilité sont des éléments centraux de la santé"*[97].

"*Un apprentissage du contrôle de son corps peut instiller chez l'enfant*

un sens bourgeonnant de contrôle de soi qui croîtra avec le temps pour

imprégner tous ses actes"[98]

PREMACK

Le terme émotion provient du latin "*movere*" soit mouvoir et du préfixe "é" indiquant un mouvement vers l'extérieur. "*Ce sont les liens sociaux qui permettent d'assurer la cohésion sociale et l'intégration des individus [...], ils permettent l'acquisition d'une identité sociale."*[99]

Il est nécessaire de rappeler et d'insister sur le fait que la construction corporelle recherchée, ne peut se faire que sous le regard, l'attention, le soutien d'un tiers. Ce sont des éléments auxquels le psychomotricien doit porter une attention toute particulière.

c) Le regard

Le regard est un des premiers modes de communication non verbale du jeune enfant. Ici, je souhaite évoquer la place du regard au sein de la relation patient/thérapeute. Pour Alain BERTHOZ, le regard s'inscrit dans une intention, une volonté, une anticipation.

"L'identité se construit aussi par le regard."[100]

E.PIREYRE.

G.HAAG parle *d'interpénétration des regards* entre la mère et son enfant qui associé à un contact - appuis dos, constitue son premier sentiment d'enveloppe. Elle défend l'idée qu'un soutien du dos associé à *l'interpénétration du regard* participe à la construction de l'image du corps et de l'axe corporel et participe à la consolidation d'un *arrière-fond* (qui participe à la consolidation d'un sentiment de sécurité interne). De plus WINNICOTT évoque *le rôle de miroir de la mère* comme premier miroir à l'enfant avant le *stade du miroir*. Ce rôle de miroir est à l'origine de la naissance du *moi*. Ces notions dans

[97] Boissinot. 2020. p.47
[98] Pes. 2008.
[99] Boissinot. 2020.
[100] Pireyre. 2015.

le cadre du polyhandicap peuvent être retrouvées entre le thérapeute et le jeune : le psychomotricien détient un rôle de miroir pour le jeune.

Le système d'échange visuel participe de manière très importante à la création et à la modulation des liens d'attachements *caregiver/enfant*. L'orientation et l'expression du regard sont des modalités de communications non verbales efficaces au sein d'un travail avec des personnes polyhandicapées n'ayant pas l'accès au langage. Le psychomotricien se doit d'être attentif aux échanges de regard durant les séances.

Un jeune qui ne semble pas accrocher le regard, qui a un regard absent, froid, voire hostile, peut être révélateur de troubles relationnels (comme on retrouve dans les cas de troubles autistiques) ou d'angoisses plus profondes. Les qualités de regard et de contact oculaire peuvent être support de rencontre, une rencontre par le regard. Le psychomotricien quant à lui, doit mettre son regard à disposition du jeune, il doit avoir un regard bienveillant, sécurisant, porteur envers le jeune afin de leur transparaître sa disponibilité et en particulier sa disponibilité psychique.

3. Rôle de détoxication et accordage affectif :

Ici il est question de faire référence à la capacité de rêverie de BION. Le psychomotricien détient un rôle dans la transformation des éléments-bêta qui sont impressions de sens, en éléments-alpha qui sont des éléments de pensées, notamment en passant par la verbalisation. Cette sous-partie sera aussi l'occasion d'aborder l'importance de l'accordage du psychomotricien avec les jeunes.

Mais avant de développer ces concepts, il me semble nécessaire de mettre en évidence ici la place de l'observation que je conçois comme indissociable des capacités d'accordage et de détoxication, qui sont à mon sentiment, le résultat d'une lecture et d'une observation ajustée. De fait, une observation adaptée permettra l'adoption de meilleurs ajustements et une participation ainsi plus adaptée de la part du thérapeute.

a) L'observation

Le psychomotricien, dans une démarche de rencontre avec une personne polyhandicapée, se doit de faire un travail préalable d'observation de l'individu. De ce travail d'observation, le psychomotricien doit d'abord être dans une démarche de description factuelle de ce qu'il voit, sans interprétations. L'observation apporte des éléments d'éclairage et de compréhension du fonctionnement de l'usager. Donc celle-ci

doit être la plus fine possible. Cette *fonction observatrice* exige une lecture des communications corporelles et relationnelles de l'enfant. L'observation renseigne également sur les modes d'expression de l'enfant, sur sa manière de recourir à son corps. Cette observation passe par le prisme de la sensibilité du psychomotricien.

De plus, l'observation demande de *prendre le temps*, conduisant à une plus grande empathie qui permet de rentrer en relation de manière plus adaptée et s'accorder de manière plus efficace au jeune lors de la prise en charge en psychomotricité. PAGANO parle de proximité "*d'humanité*"[101] en plus de proximité corporelle pour désigner la sollicitude, l'empathie et la reconnaissance que le thérapeute adopte face à la personne en situation de handicap. On pourrait également faire un lien ici à l'existence des différents types de grille d'observation permettant d'affiner une observation juste et précise et amorcer en aval ou en parallèle un travail pluridisciplinaire et un suivi du jeune plus personnalisé, plus singulier.

b) Accordage affectif

STERN parle de *transmodalité* et *d'accordage affectif* pour conceptualiser l'idée que si l'expression du bébé est vocale, la réaction maternelle réempruntera le mode vocal, enrichi d'un geste, d'un regard constituant ainsi une proposition de réponse à laquelle le nouveau-né réagira à son tour[102]. Ces derniers seraient des éléments facilitateurs à l'ouverture de l'espace psychique et cognitif du jeune enfant.

Bernard GOLSE définit l'*accordage affectif* en prenant appui sur les travaux de STERN comme "*l'idée étant qu'il y a à trouver, entre l'adulte et le bébé, une mise en harmonie, une mise en résonance, entre les états émotionnels de l'un et de l'autre, alors même que l'adulte a déjà le langage mais que le bébé lui ne l'a pas*"[103]. GOLSE tient à souligner que l'accordage affectif "*c'est du corps à corps*", tout comme l'attachement.

L'accordage affectif sous-entend alors l'idée d'un traitement conjoint des états où les émotions et les vécus sont partagés au sein d'une rencontre et d'un dialogue tonico-émotionnel.

[101] Pagano.2020. p.93
[102] Jaricot. 2006. p.87
[103] Golse. 2004. p.31

c) Une mise en mot

Dans le cadre d'un travail sur la conscience corporelle à partir des sensations éprouvées, la verbalisation des sensations est un élément important. Cependant, dans le travail avec de jeunes polyhandicapés présentant des déficits sensoriels et possiblement un déficit de la cohérence centrale empêchant le rassemblement des informations en un tout cohérent ainsi qu'un non-accès au langage, le rôle de la mise en mot revient au psychomotricien, qui doit alors faire appel à la qualité de son observation (abordée plus tôt) et à sa *capacité de rêverie*. Dans une perspective développementale, les sensations si elles sont vécues de manière brute, peuvent ne pas prendre sens, ne pas être interprétées, ne pas s'intégrer.

En psychomotricité, il est nécessaire de trouver un juste milieu entre les actes du corps et la mise en mots. Il est nécessaire de s'engager authentiquement dans le lien à l'autre, d'une manière relativement apaisée. La mise en mot fait appel au langage et à la représentation.

La théorie de la détoxication de BION trouve ici toute sa place : face à un amas d'impressions sensorielles et motrices juxtaposées, brutes, sans significations, le psychomotricien, dans le lien à autrui, dans la rencontre avec une psyché capable de *faire lien*, permet l'appréciation chez le jeune des données des sens et leur conversion en éléments pensables (*fonction alpha*). La théorie de BION insiste sur l'importance, aux niveaux les plus primitifs, de la fonction psychique de l'environnement qui doit avoir la possibilité de recevoir les projections de l'enfant (violence pulsionnelle et émotionnelle), de les vivre suffisamment par empathie, de les élaborer et de les renvoyer sous une forme supportable.

Je fais également ici une rapide référence aux concepts de Pierre DELION qui décrit la *fonction phorique - sémaphorique - métaphorique* ; la *fonction phorique* décrit le besoin de tout homme à être porté par autrui, physiquement et psychiquement ; une sorte de philosophie du soin qui consiste à accueillir l'autre et à le porter tout le temps nécessaire, jusqu'à ce qu'il puisse se porter lui-même, physiquement et psychiquement. C'est un concept qui rejoint celui de holding dont nous parle WINNICOTT. L'efficience de cette fonction de portage est permise, entre autres, par le rôle de la fonction *métaphorique* et *sémaphorique*. DELION parle de *fonction sémaphorique* lorsque le psychomotricien devient "*porteur de signes de souffrance psychique du patient qui ne peut*

pas toujours l'exprimer par le langage articulé dans une parole". Il est aussi intéressant de recourir à des approches institutionnelles : Pierre DELION parle de *fonction métaphorique* pour évoquer la fonction institutionnelle qui détient aussi un rôle dans le travail de transformation des éléments bêta en éléments alpha (BION).

Une fois tout cela ajusté, l'accès au travail psychothérapeutique sera facilité, ce qui va simplifier ou du moins rendre plus efficace l'accès à un travail plus en mouvement, un travail plus dans *l'acte* ; un travail dans le corps à corps au sein d'une relation ajustée, dans l'interaction. Par le détour du travail psychique du psychomotricien, le jeune peut plus aisément acquérir une appréhension réflexive de son propre corps.

Au sein de la prise en charge de Théa, la capacité de rêverie du psychomotricien est sollicitée. En effet ici on rejoint la théorie de BION : le psychomotricien a un rôle dans la transformation des éléments bruts en éléments recevables qui ainsi de suite, permet à Théa de mieux appréhender ses vécus et ainsi lui permettre d'unifier ses sensations et états émotionnels. Par la description factuelle des observations et la capacité de rêverie du psychomotricien qui en découle, nous lui proposons une verbalisation en séance, et nous lui offrons de la contenance (en évitant un "éparpillement" en fournissant une possibilité de percevoir son corps de manière globale), tout en restant dans une démarche empathique. Ainsi, par cette approche, Théa montre une belle démonstration dans l'espace d'une représentation du processus de la restauration de la contenance : en effet, celle-ci construit sa cabane (qui détient un rôle d'enveloppe de substitution) dans une démarche de ré-assurance, et une fois qu'elle se sent de nouveau en sécurité et contenue, celle-ci sort de sa cabane, nous montrant qu'elle a des capacités à restaurer d'elle même un sentiment de sécurité interne. La cabane devient à ce moment là une représentation solide psychique qui peut lui servir de base de sécurité et lui permettre ainsi de commencer à explorer la salle de psychomotricité de manière plus sécure.

4. Passer par (-mise en) l'acte psychomoteur :

Ici, je m'appuie en grande partie sur l'interview de Catherine POTEL et Alexandra SAINT-CAST réalisée par Audrey VACHER[104].

[104] Vacher. 2013.

L'acte psychomoteur tel qu'il est décrit regroupe les dimensions instrumentale, neuropsychologique, cognitive et tonico-émotionnelle en lien avec les dimensions relationnelle, psycho-sociale, l'intentionnalité et la dimension neuromotrice.

Dans notre corps de métier on peut parler d'*éducation psychomotrice.* Il s'agit de proposer aux enfants de pouvoir découvrir, de faire des acquisitions, de les mettre en "situation de"… Découvrir leur corps, l'espace, l'environnement … Le but étant de faire découvrir aux enfants un stock de nouvelles expériences et de se construire un Moi corporel, en retrouvant des notions de sensitif, sensoriel, de sensations vestibulaires…

Les deux psychomotriciennes se rejoignent pour dire que même pour les enfants qui ont peu de capacités motrices, comme c'est le cas dans le cadre du polyhandicap, on peut (et à mon sens on doit) leur proposer des activités avec des composantes motrices. On adapte l'activité en fonction des besoins de l'enfant. En conséquence, on notera une revalorisation de leur assise narcissique.

"*L'acte est un engagement du corps, créatif, qui engage la personne dans ses sensations, ses perceptions, dans sa globalité "psychomotrice""*[105]

Catherine POTEL

"*Ainsi les fonctions psychomotrices ne sont pas un prérequis à l'acte mais le résultat de celui-ci*".[106] Pour C.POTEL, l'enfant découvre et assouvit sa curiosité par le corps, dans le mouvement, dans les expériences et les activités sensorimotrices. Et c'est ce en quoi le psychomotricien porte son énergie et ses connaissances.

De plus, elles portent une importance particulière à ce que l'intervention du psychomotricien soit assez stimulante pour permettre l'intégration des flux sensoriels, un renforcement de la structure musculaire. En permettant au jeune d'accroître ses déplacements, ses manipulations, et en les diversifiant, on enrichit de ce fait ses ressentis kinesthésiques, tactiles et visuels.

Grâce à ce genre d'atelier, on peut trouver un moyen de faire travailler les enfants sur une composante rééducative de manière ludique, sans même qu'il se rende compte que cela participe au travail de rééducation. Cela leur fait découvrir leur corps autrement et étaye ainsi idéalement la construction de leur Moi corporel.

[105] Vacher. 2013.
[106] Vacher. 2013. p.21

d) Acte de jeu - mouvements de création - d'expression - médiation danse-impro :

Dans cette partie, j'intègre une vignette clinique d'un *atelier danse-impro* qui normalement est un atelier qui se déroule en présence de quatre jeunes et quatres professionnels de santé, mais en raison de la situation sanitaire, cet atelier ne peut pour le moment se faire qu'en présence de deux jeunes.

J'ai eu l'occasion de participer à un atelier danse-impro qui a su refléter à mes yeux, tout l'intérêt que le regard du psychomotricien peut apporter à la motivation d'une mise en mouvement, de l'émergence d'une créativité chez le jeune polyhandicapé. Cet atelier danse s'est déroulé en présence de deux psychomotriciens (dont une psychomotricienne formée à la danse contemporaine, chorégraphe, intervenante extérieure à l'établissement) et deux stagiaires en psychomotricité ainsi que deux jeunes polyhandicapés que j'appellerai Jeanne et David. Jeanne est âgée de 17 ans et présente une infirmité motrice cérébrale sévère dont découle un retard psychomoteur global. La jeune fille, habituellement en fauteuil coquille, est installée dans un hamac accroché au rail au plafond durant l'atelier, lui permettant, en ayant les pieds qui touchent le sol, de réaliser des déplacements dans les trois dimensions de l'espace. Malgré les limitations motrices qu'elle présente, cela lui offre une liberté de mouvement supplémentaire, elle devient maîtresse de ses déplacements et accède à une forme d'autonomisation. David lui, est âgé de 16 ans et présente une encéphalopathie secondaire à une méningite bactérienne. Il présente une hémiplégie gauche mais il conserve tout de même des capacités motrices au niveau des membres inférieurs et supérieurs. Le jeune garçon, ayant accès à la position assise et ayant des capacités de déplacement à l'aide de ses bras, est installé au sol. Cet atelier d'1 heure s'est déroulé dans le silence, sans interventions verbales, exclusivement accompagné de musique (tout en sachant que ce n'est pas une règle admise de l'atelier). Ainsi, toute interaction s'est effectuée via une lecture corporelle, un dialogue corporel, des échanges de regard, des jeux d'imitation, des ajustements tonico-émotionnels… Le croisement des propositions effectuées par les psychomotriciens et les stagiaires ont permis l'émergence d'une créativité générale dont ont pu se

nourrir et se saisir (ou pas) Jeanne et David. Au sein de ce temps, il est nécessaire que les professionnels s'adaptent à la singularité propre à Jeanne et David. C'est un atelier dont on peut souligner l'approche sensori-motrice, les composantes spatiales et temporelles. On voit alors bien que la capacité de danser ne fait pas forcément appel à une optimalité motrice. C'est un temps où les jeunes ont pu s'éprouver, faire preuve d'*expression de soi.* On a pu observer à de multiples reprises l'émergence d'*acte créateur* ; un acte correspondant au résultat tangible du mouvement de la pensée. Au sein de cette médiation de danse, le corps est l'instrument et il s'agit de chercher quelles sont ses ressources afin de déployer ses possibilités créatrices, et *l'exploiter* de telle façon que l'on puisse *en jouer*. Certes du coup il n'y a pas de mise en mot, cependant il y a quand même une validation de faite via le canal de communication corporel et le regard, l'expressivité, ce qui est un point essentiel des temps de cet atelier. Certaines interactions ont fait appel aux capacités à *s'orienter vers* et ainsi cela offre à Jeanne et David une certaine liberté en fonction de leurs envies et de leurs intentions. Les propositions se sont faites sur un mode *activo-passives,* parfois induites par le jeune et des fois passant par l'étayage d'un professionnel. Notre fonction de psychomotricien nous permet d'offrir des points d'appuis à la fois physiques et psychiques aux jeunes. Le psychomotricien veille également à varier entre des temps duels et des temps plus groupaux, afin de ne pas enfermer le jeune dans une activité qui serait trop réductrice de par sa répétition. Il est aussi possible d'imaginer un travail plus axé sur la position de l'individu au sein d'un groupe (par exemple dans le cas de troubles de la relation). C'est un atelier où il y a une véritable dynamique relationnelle et imaginaire et où *plaisir* et *jeu* sont les maîtres mots. Ils permettent de développer une imagination sensori-motrice. Durant cet atelier, le psychomotricien n'est qu'une guidance. Par exemple, il était nécessaire de solliciter David au travers de l'imitation pour qu'il s'autorise à initier du mouvement. Cet atelier vise à motiver les jeunes à une mobilisation et des déplacements tout en étant en interaction dans la relation. S'ils y arrivent, le thérapeute est là pour revaloriser le jeune afin que ce dernier continue à s'explorer dans le mouvement et dans ses déplacements.

Ce genre de médiation permet entre-autres l'émergence d'une affirmation du "je", d'une subjectivité associée à une affirmation de soi. Cette médiation offre un espace de créativité, d'expression corporelle personnelle, d'une mise en mouvement expressive, marquée d'intentionnalité. Selon DALCROZE la danse est une dynamique où le sujet se joue et dit quelque chose de lui-même, en le portant à l'existence[107].

"Le plaisir de la danse tient notamment à ce qu'elle change les limites du corps, tout au moins qu'elle brise la rigidité d'une image du corps qui tend à se figer dans la pathologie"[108].

SCHILDER

B. Spécificités des médiations corporelles en psychomotricité:

Les psychomotriciens sont des spécialistes des troubles psychomoteurs et ils agissent par l'intermédiaire de médiations corporelles qui peuvent être thérapeutiques. L'objectif de ces médiations est de créer un temps d'expérimentation et un étayage dans le vécu corporel de la personne afin de l'amener au mieux à appréhender son corps, celui des autres, et l'environnement.

Le psychomotricien tient compte de la personne dans son unicité psychocorporelle. Comme nous avons pu le voir précédemment, FREUD dit que le moi était avant tout un moi corporel. Comme nous avons pu le résumer, l'activité du corps, les activités sensori-motrices sont la base de la pensée. MARCELLI a notamment dit que la première pensée qui viendrait à l'enfant serait une pensée sur le corps. La médiation corporelle permet un ancrage dans l'ici et maintenant, ce qui permet au sujet, qui est pris dans sa globalité, de se recentrer sur lui-même et de vivre l'expérience d'un corps rassemblé grâce à l'unification des perceptions. Elle favorise la transformation d'expériences concrètes en *matière symbolique*.

1. L'eutonie de Gerda Alexander :

L'association française d'eutonie définit entre autres cette pratique comme une pratique corporelle basée sur l'écoute et l'observation des sensations. Développer une

[107] Lesage. 2015.
[108] Lesage. 2015.

meilleure sensibilité facilite la détente, le mouvement et la posture, et enrichit la qualité de vie. Le terme *Eutonie* provient du grec *eu* qui signifie "bien" ou "juste", et de *tonus* "tension". On approche la définition du terme à "tonus juste". L'eutonie peut s'inscrire dans les méthodes de relaxation psychomotrice. L'eutonie est considérée comme une approche sensori-motrice car elle propose à l'individu d'être attentif à ses sensations et à ce qu'il en perçoit. Elle veille au respect du rythme et des possibilités de la personne.

Au sein d'un travail avec des jeunes polyhandicapés, on offre une variété de sensations qui aura une répercussion sur leur tonus et le ressenti du mouvement établi. Le but étant de leur faire ressentir leur corps comme un corps unifié, global, leur faire prendre conscience de leurs limites corporelles et aider ainsi à l'étayage d'une conscience corporelle. On peut alors proposer à l'individu des vibrations, des repoussés, des étirements, des percussions … qui lui feront prendre conscience du volume et de l'espace de son corps.

Adrien est allongé sur le dos dans un tunnel faisant office d'enveloppe de substitution. Le jeune garçon me tend ses pieds, s'ensuivent des jeux de repoussés. Le *repousser* donne une pression contre une résistance extérieure qui se propage à travers le corps principalement à travers l'ossature : ainsi ces exercices de repoussés initiés par Adrien au cours des séances et soutenus par le psychomotricien lui permettent une meilleure prise de conscience de son enveloppe musculaire, sa structure osseuse et sa structure axiale. De plus, le jeune homme étant allongé sur le dos, cet exercice peut lui faire prendre conscience de ses appuis au sol au niveau de son dos, donc de la solidité de son arrière fond, et contribuer également à une meilleure intégration de son bassin.

Cette approche par l'eutonie permet d'offrir au jeune un moment de détente et une expérimentation d'unification de son corps et de ses éprouvés. Elle peut contribuer à l'étayage du schéma corporel et de l'image du corps, notions souvent entravées chez le sujet polyhandicapé.

2. À propos de la stimulation basale :

Le terme *basale* renvoie aux expériences précoces, aux compétences précoces de la communication, de la perception et du mouvement. L'approche, pensée par Andreas FRÖHLICH dans les années 1970, se réfère à l'expérience sensori-motrice, psychosociale

et émotionnelle. L'auteur de cette approche a d'abord intégré cette approche dans l'enseignement dispensé à des enfants atteints d'un polyhandicap.

La stimulation basale permet à la personne polyhandicapée de se mettre à l'écoute de son environnement, favoriser l'échange et sa participation, en cherchant quelles sont ses difficultés, ses besoins, sa sensibilité, son rythme, mais aussi ses ressources, ses possibilités d'attention, de communication, ses préférences, ses aversions … C'est une approche de la personne dans sa globalité ainsi que dans son individualité à l'aide d'une observation fine de son vécu.

C'est une méthode de stimulation sensorielle en proposant de vivre des expériences sensorielles simples, claires, réfléchies, structurées et individualisées. Les stimulations basales les plus archaïques sont d'ordre somatique, vibratoire, vestibulaire et mettent en jeu l'adulte avec l'enfant au moyen d'un matériel très simple qui aide à la prise de conscience du corps. Pour mettre en contact l'enfant avec le monde extérieur, on fait intervenir le tact, les stimulations auditives et visuelles.

Certaines personnes en situation de polyhandicap sont dans de tels manques de sensations et de compréhension de leur corps qu'elles les cherchent parfois elles-mêmes de manière violente pouvant aller jusqu'à se blesser (*auto-stimulation*). La stimulation basale propose comme réponse à ce besoin des tapotements francs et précis sur la zone osseuse proche de celle que l'individu cherche à se faire sentir afin de donner des sensations vibratoires profondes. Ceci nourrit parfois suffisamment le besoin de sentir cette partie du corps et évite de continuer à se blesser, au moins temporairement.

Nicolas est un jeune garçon qui selon la grille de Geneviève HAAG est à l'étape d'un clivage horizontal. Le jeune garçon n'a pas encore bien intégré le bas de son corps. Ainsi, le psychomotricien lui propose des percussions osseuses le long de ses jambes. Les stimulations vibratoires sont utiles pour atteindre l'intérieur du corps. Les vibrations dans notre corps se transmettent par résonance avec la peau tendue, et le système osseux qui est le premier percepteur du système vibratoire. On parle de perception vibratoire. Il transmet les informations à l'oreille interne qui récolte les informations liées à la proprioception. Ces percussions corporelles permettent d'améliorer la conscience corporelle par une prise de conscience de ses limites et de son volume et elles permettent à l'individu de se sentir plus solide. Ainsi, un travail régulier de percussion au

niveau des jambes de Nicolas l'aide à mieux percevoir la *dureté* de l'os (son système squelettique) sur lequel pourra s'appuyer et se construire une enveloppe musculaire, et ainsi enrichir sa conscience corporelle. Cela lui permettra conséquemment d'investir les appuis, les repoussés et les expériences de déplacements, de balancers, de changements de position.

Ces médiations veillent à offrir des expériences à l'individu et lui faire sentir qu'elle est une personne, qu'elle a un corps et une identité, qu'elle se découvre *soi*, qu'elle se découvre dans son unité et son unicité, découvre l'autre et découvre son environnement. Ces médiations peuvent soutenir la structuration psychocorporelle de l'individu.

II. <u>Un engagement corporel du psychomotricien</u> :

Cette partie sera davantage consacrée à la mise en mouvement du psychomotricien lui-même, au sein de la relation, et quels pourraient être les retentissements de cette mise en mouvement chez l'individu polyhandicapé.

Le psychomotricien développe au cours de sa profession et sa formation des manières de se positionner, de porter, de toucher, de regarder les patients ce qui favorise le dialogue tonico-émotionnel avec eux. Parallèlement, le psychomotricien reste attentif à ses propres tensions corporelles, états et réactions émotionnelles. Le psychomotricien est présent à l'autre au travers de sa voix, son regard, ses attitudes, ses émotions, son écoute et son observation.

La thérapie psychomotrice s'inscrit comme un travail de *symbolisation primaire* au sens de ROUSSILLON, par une invitation à sentir par l'acte et à transformer par le *co-penser*. Les paroles lient les actes aux éprouvés et aux sentiments. Le travail de liaison permet de passer du lien matérialisé au lien mentalisé, introjecté.[109]

[109] Jaricot. 2006. p.89

A. Dialogue corporel structurant :

Lorsque qu'un dialogue structurant et un ajustement du langage s'opère entre un jeune polyhandicapé et son thérapeute, la relation peut faire apparaître chez l'enfant quelque chose de lui-même, et ainsi lui permettre de lui faire découvrir ses propres possibilités d'expression ; la relation devient ce par quoi il se sent exister aux yeux d'autrui comme au travers des ses propres yeux ; la structuration du schéma corporel est étroitement dépendante de la dynamique personnelle de l'individu qui prend sa source dans la relation *moi-autrui*.[110]

Le professionnel doit s'impliquer corporellement pour insuffler de la vie et du dynamisme et ainsi donner envie aux jeunes de faire et de s'emparer des activités proposées.

La disponibilité psychocorporelle du thérapeute fait appel à son intérieur, à sa capacité psychique, à ses traits de personnalité, à sa capacité d'empathie, à sa propre capacité à être. Il est le garant du cadre et il doit pouvoir s'appuyer sur ses ressources psychiques internes, afin que la qualité de sa présence soit sensible à l'enfant et puisse calmer, tranquilliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses. En d'autres termes : contenir ! Un cadre où le thérapeute écoute le corps et dont la présence se veut rassurante, sécurisante et contenante.

"*Que ce soit par le langage ou par n'importe quelle forme de*

communication non verbale, on a besoin d'être 'en ligne' avec l'autre.

C'est la première condition pour communiquer."

Jacqueline NADEL

1. Jeux de relation et d'interactions en corps à corps :

Il est bien connu qu'une des spécificités du métier de psychomotricien correspond à la mise en mouvement, la mise en action du corps du thérapeute lui-même : le psychomotricien joue, utilise le temps, l'espace, le rythme, du matériel … Le psychomotricien génère du mouvement, et la créativité qu'il produit est à la disposition du patient. Bernard GOLSE souligne "*qu'il n'y a pas de corps au singulier* [...] *Il y a du corps*

[110] Garelli. 1970. pp.352-355

à corps dans les interactions ; la pensée et l'appareil psychique vont s'installer en lien avec cette rencontre des corps."[111].

Carla est une jeune fille de 15 ans qui présente un syndrome d'Angelman duquel découle une déficience intellectuelle sévère et des troubles moteurs sévères. La jeune fille est en fauteuil roulant et n'a pas accès à la position debout. Les séances avec Carla se déroulent sur les tapis, le plus gros du travail s'effectue au sol : on s'écrase, on se roule dessus, on joue *au lion,* on s'attaque … Carla se saisit de la présence du psychomotricien pour créer des situations de corps à corps, qui lui permettent d'appréhender et mettre en mouvement son propre corps. Au fur et à mesure de la prise en charge, Carla montre des capacités de retournements, et de belles démonstrations de quatre pattes. Cette dernière prend plaisir à se mettre en mouvement sur les tapis et l'interaction en corps à corps offert en psychomotricité ajoute un aspect motivationnel à la prise en charge de Carla. La jeune fille enrichit ainsi ses capacités motrices et multiplie ses expériences sensori-motrices. Peu à peu on voit apparaître des jeux d'imitation, de faire semblant et des jeux symboliques (tel que jouer à la poupée, prendre soin d'un bébé).

Les temps de corps à corps offerts en psychomotricité permettent la mise en place d'une relation unique, à l'origine d'un partage intersubjectif à partir duquel il devient possible d'impulser une évolution.

2. Dialogue tonico-émotionnel :

On peut aussi faire ici un rappel au concept de *dialogue tonico-émotionnel* dont nous parle DE AJURIAGUERRA, qui occupe une place importante aux yeux du psychomotricien. Le fondateur de notre profession parle de *dialogue tonico-émotionnel* permettant des ajustements corporels interactifs entre l'enfant et sa mère : l'enfant associe ses postures et son état tonique aux réactions que cela provoque chez sa mère, et les utilise volontairement comme vecteur de communication.

C'est donc par le corps, en passant par le tonus que l'enfant agit sur autrui : le dialogue tonico-émotionnel constitue le premier mode de communication de l'enfant.

[111] Golse & Simas. 2008. pp.27-28

Les indices qui permettent de repérer dans quel état émotionnel se trouve la personne en face de nous sont son activité tonique et ce que l'on en perçoit. Les émotions passent directement par le tonus musculaire sans forcément passer par le canal verbal. Ici on peut donc introduire la notion *d'empathie tonique* qui correspond selon DEFIOLLES-PELTIER à "*sensibilité plus aiguë aux modifications tonico-émotionnelles de l'enfant qui par des ajustements favorise le dialogue tonique*"[112]. Qui revient à dire que c'est par notre propre tonus, en tant que thérapeute, de part la sensibilité acquise entre autres lors de notre formation que nous pouvons ressentir celui de l'autre.

"*L'expérimentation et le dialogue tonique dont l'instrument est le corps, précédant le dialogue verbal, ne sont jamais abandonnés par l'adulte.*"

3. Neurones miroirs et imitation :

Les neurones miroirs s'activent à la fois lors de la réalisation d'une action ou lorsque l'on est témoin de l'action réalisée par autrui. D'un point de vue neurophysiologique, vivre soi-même une action (ou un affect), la voir ou la penser, ou la voir - la penser chez l'autre, impliquent une activation des mêmes neurones. Les neurones miroirs nous permettent de comprendre les actions d'autrui.

Je fais un lien ici entre les neurones miroirs et la notion d'*imitation* qui peut-être un support de travail et de rencontre en séance avec un jeune polyhandicapé. L'imitation selon Jean-Claude CARRIC correspond à toute reproduction consciente ou inconsciente d'un modèle ou d'un phénomène quelconque. Selon J.NADEL, *l'imitation réciproque* est la première base d'interactions durables et chargées d'émotions positives. Il y a une *identification à l'autre*. Et l'identification à l'autre précède l'autonomisation. De plus, il est nécessaire de préciser que l'imitation est une étape importante dans le processus de différenciation. L'imitation peut être une réponse possible au jeune. Les travaux de Daniel STERN soulignent que la réponse immédiate participe plutôt à l'instauration de bases narcissiques et la réponse différée serait plutôt en relation avec la capacité de représentation. Il y a une évolution simultanée de l'imitation, des capacités neuromotrices et psychiques de l'enfant.

[112] Guillemard. 2009. p.57

L'imitation soutient la mise en place, le développement, l'apparition et l'acquisition des capacités et activités cognitives comme la représentation, le symbolisme … Elle stimule les représentations corporelles, elle peut permettre l'apprentissage de nouveaux schèmes moteurs, la découverte de nouvelles possibilités de mouvement etc. On peut donc s'appuyer sur l'imitation pour rentrer en communication et soutenir l'apprentissage de la personne polyhandicapée, à la fois dans un objectif de valorisation du patient, pour permettre à l'individu de se rendre compte d'un comportement, et pour aller vers l'émergence d'une subjectivité.

4. Nourrissage proprioceptif - Transfert et contre transfert corporel

Je reprends ici le terme de Benoît LESAGE *nourrissage proprioceptif* "*qui suppose un engagement corporel de l'accompagnant, ce qui signifie que celui-ci doit être formé et savoir gérer la distance et la limite, et pouvoir "lire" les réponses et besoins de son partenaire*". Pour stimuler le système sensoriel de l'individu, le psychomotricien fait appel à des impératifs tels que la *stimulation sensorielle*, la *répétition*, l'*explication* … Tout en sachant que les récepteurs sensoriels sont activés par le mouvement, excités par ce dernier[113].

En psychomotricité, nous sommes confrontés aux notions de *transfert* (mouvement spatio-temporel reliant le patient et le thérapeute selon CONSTANT et CALZA) et *contre-transfert* (ce que l'autre interroge en nous). Catherine POTEL ajoute l'adjectif *corporel* à ces notions et parle de *transfert corporel* et de *contre transfert corporel*. Cette précision qu'elle apporte sous-entend que le transfert peut se faire sur un mode tonico-émotionnel, au travers de la relation en corps à corps. C'est-à-dire que le thérapeute fait preuve de capacité d'accueil, d'écoute, de réception du corps et de la motricité du patient et de mise en réflexion de ce qu'il lui est transmis par le biais du *corps*, *corporellement* (excitation motrice, vécus primitifs, actes …). Le psychomotricien opère ensuite à une mise en pensée de ces éprouvés qu'il travaille en lui pour tenter d'en dégager des axes de travail.

[113] Amouroux. 2019.

5. Nouage entre qualité relationnelle et vécu corporel

L'établissement d'une alliance thérapeutique solide avec le jeune polyhandicapé est un élément essentiel à la qualité relationnelle. En psychomotricité, la relation qui s'installe avec la personne est singulière, et chaque relation mise en place dans la prise en soin d'un patient est différente, nouvelle et riche.

> Laurent est un jeune polyhandicapé âgé de 17 ans. Il présente des capacités d'attention sélective, de comparaison et d'attention conjointe. Laurent est capable de communiquer (même si cela reste primaire) via le canal verbal. Il distingue le registre plaisir/déplaisir, possède des capacités d'activité perceptive et a accès à la permanence de l'objet et est en capacité d'extraire des invariants. Au cours de la prise en charge en psychomotricité, on note un enrichissement des capacités de partage émotionnel et d'accordage affectif. C'est un garçon qui s'anime beaucoup grâce à la qualité relationnelle, qui lui apporte un aspect motivationnel supplémentaire qui le pousse à sortir de sa zone de confort de manière divertissante.

SAMI ALI parle de la *projection sensorielle*, en partant du postulat que le corps propre est le schéma de toute représentation. Par *projection sensorielle*, on peut s'imaginer que le jeune polyhandicapé envoie au thérapeute un afflux de stimuli anarchiques, irreprésentable. La projection sensorielle fonctionne en permanence. Les projections sensorielles adoptent une valeur de message : les sensations se présentent comme vestige de la vie psychique, ne pouvant être reconnues - identifiées. Pour SAMI ALI, les psychomotriciens sont amenés à la solliciter (à prêter leur appareil psychique - sensoriel) lorsque l'enfant n'est pas repéré, ou utilise le thérapeute comme *Sur-moi corporel* [114], ceci afin d'offrir à l'individu ses capacités de représentation. À mon sens, ce concept peut être mis en parallèle avec la théorie de BION et de DELION. Il y a donc un véritable nouage entre la qualité de la relation et le vécu corporel, puisque le jeune se sent assez sécurisé pour utiliser le thérapeute comme *Sur-moi corporel*, qui ce dernier aura à charge de transformer de manière plus digeste les vécus corporels du jeune. Ce concept de *projection sensorielle* est révélateur d'un véritable échange, sous la forme d'un dialogue sensoriel entre le jeune et le psychomotricien. Il s'agira de réfléchir à comment on peut travailler avec les projections du patient dans la séance.

[114] Rodriguez. 2015.

À l'arrivée en salle de psychomotricité, on remarque chez Nathan une forte agitation motrice. Ce dernier porte souvent ses doigts à la bouche et exprime de vives vocalises. Il regarde beaucoup autour de lui. Nous lui verbalisons alors qu'on dirait que quelque chose l'angoisse et nous émettons une hypothèse quant à l'origine de cette angoisse. Nathan tourne alors son attention vers nous, en même temps que nous observons une diminution de l'agitation motrice. Il fronce des sourcils, mais cela semble faire sens pour lui : il sort les doigts de la bouche et nous adresse finalement un sourire.

François ROUSTANG dans son ouvrage *La fin de plainte* évoque la disponibilité du thérapeute corporellement pour le patient dans le temps de la séance. De cette disponibilité, découle l'acte qu'on a perçu dans le transfert et le contre transfert. ROUSTANG parle de *manipulation thérapeutique* au sens d'un ajustement en fonction de ce que nous montre le patient : on part de ce que nous montre le patient et on en adapte notre réponse. Selon ce dernier, la relation est "*une affaire d'espace et de mouvement dans l'espace*"[115].

"*Des thérapeutes en ont tiré la conclusion que pour entendre un patient,*

il était bon d'adopter sa posture et tout spécialement son rythme

respiratoire."[116]

ROUSTANG

B. <u>Soutien à une structuration psychocorporelle</u> :

On peut nommer *approche psychocorporelle* toute activité et/ou médiation qui propose un travail avec le corps tout en étant centré sur l'action présente et qui veille à porter une attention sélective au corps et à son langage. William REICH parle de *cuirasse musculaire somatique* pour décrire le refoulement des émotions et des vécus au sein du corps.

[115] Roustang. 2001. p.41
[116] Roustang. 2001. p.39

Benoît LESAGE considère les méthodes *psychocorporelles* comme celles qui "*appréhendent l'être humain à la fois dans sa dimension psychologique et corporelle*"[117]. Il tient à inscrire également dans ces méthodes un "*aspect expressif, ouvrant à l'artistique, à la création*"[118]. Selon ce dernier, le domaine du psychocorporel regroupe les praticiens ainsi que les techniques qui par la mise en jeu du corps, mobilisent la sphère psychique.

"*La structuration du corps est aussi structuration psychocorporelle dans la mesure où elle entraîne une réorganisation globale du sujet, corporelle et psychorelationnelle*"[119]

Benoît LESAGE

Ce dernier affirme que les *structures anatomo-fonctionnelles du corps* participent à la mise en forme du "*psychisme, en colorant et orientant les expériences qui sont vécues à travers lui*"[120] ce qui sous-entend que la construction psychocorporelle de l'enfant dépend considérablement de ses expériences corporelles.

De plus, dans son ouvrage *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, il décrit sept piliers de la structuration psychocorporelle toutes en interrelations entre elles à savoir : flux (formes, postures, mouvement) - poids et appuis - axialité - sentir/nommer/symboliser - l'usage du corps - la qualification du geste - dedans/dehors. En psychomotricité les axes de travail s'articulent autour de chacun de ces piliers, et en lien avec les processus relationnels, expressifs et symboliques.

En s'appuyant sur les propos du neuropsychiatre Philippe GABBAI, le psychomotricien tente d'établir au travers d'un travail *psychocorporel* les structures de *réunification* et de *contenance*. Il cherche à favoriser la sensation d'un *ensemble d'un tout corporel*, d'une *cohérence corporelle*.

On peut donc affirmer qu'il y a un travail de structuration psychocorporelle en psychomotricité qui veille à apporter au jeune polyhandicapé, dont le vécu peut-être morcelé, une expérience d'unité du corps différenciée et offrir une continuité d'existence via des temps de dynamique corporelle - une mise en jeu des corps en relation.

[117] Lesage. 2015. p.9
[118] *ibid.*
[119] Lesage. 2015. p.11
[120] Lesage. 2015. p.29

"*Le corps dans son entier porte le mouvement d'une partie, assurant notamment son ancrage au sol*"[121]

LESAGE

III. <u>Conclusion de ce chapitre</u> :

La psychomotricité cherche à favoriser le développement psychomoteur et à pallier aux déficits ou aux désorganisations des fonctions psychomotrices en offrant des moyens de régulation des interactions entre l'individu et son environnement.

Le psychomotricien se doit d'offrir un environnement favorable à l'enfant en fonction de son niveau de développement et de ses compétences propres pour que ce dernier s'autorise à une exploration de ses capacités motrices, qu'il devienne un peu plus maître de ses actions tout en éprouvant un sentiment de sécurité et de continuité qu'offre le cadre d'une prise en charge en psychomotricité et la pleine disposition psychocorporelle du psychomotricien. Le psychomotricien ne doit pas "apprendre" ou "enseigner" à l'enfant à se mettre en mouvement, à se mouvoir, mais offrir des clés - des points d'appuis physique et psychique, justes et adaptés pour proposer au jeune polyhandicapé de sortir de sa zone de confort, motiver la mise en acte, la mise en mouvement du jeune, via un environnement et un matériel adapté. Le psychomotricien doit aussi appliquer son attention quant à la qualité de la relation, à la stabilité et la régularité de la prise en charge et des propositions qu'il fait au jeune.

Ainsi, par cette approche, les temps de psychomotricité avec les polyhandicapés veillent à faire émerger des expériences d'exploration du jeune, de son corps, de ses possibilités, de ses attentes et de ses intentions ; l'étayer dans une meilleure compréhension de ses éprouvés - de ses vécus pour dégager dans l'idéal une identité psychocorporelle ainsi qu'une unité psychocorporelle, qu'il puisse vivre pleinement sa corporéité.

Le psychomotricien est le garant du cadre ; on tâche de recréer un cadre relationnel, émotionnel, stabilisant, rassurant dans lequel on peut proposer et accompagner des expériences sensorielles.

[121] Lesage. 2015. p.187

Dans le cadre de l'accompagnement d'un jeune polyhandicapé, il est nécessaire de travailler en coordination avec les équipes (travail pluridisciplinaire) : les temps de psychomotricité ont aussi pour rôle de montrer et décrire les éléments de compréhension de la psychodynamique des jeunes aux équipes pluridisciplinaires afin de rétablir le maximum de compréhension autour de ses états nécessaires à son développement psychique.

Le psychomotricien doit être attentif à sa propre posture, à son propre tonus, à ses états émotionnels et être garant d'une sécurité psychique et physique. Il doit être en capacité de désapprendre et de décorréler des choses qui auraient pu s'ancrer de manière négative.

Il met à disposition du jeune son appareil psychique ; les contenus de pensée du jeune polyhandicapé ont besoin d'un *contenant psychique* (au sens de MOYANO[122]), fourni par le psychomotricien. MOYANO parle alors de *relation contenant-contenu* et précise que cette dernière s'étaye sur les premiers schémas sensori-moteurs. O.MOYANO affirme "*le corps étant le lieu où s'origine le contenant psychique*".

Nos représentations corporelles se mettent constamment à jour en fonction de notre activité, de ce que nous faisons. Ainsi, plus le psychomotricien proposera des situations au jeune lui permettant d'enrichir sa conscience corporelle, par le biais de ses sens et d'une mise en mouvement, plus il deviendra maître de ses mouvements dans l'espace.

[122] Moyano. 1991.

CONCLUSION

Chez le jeune individu polyhandicapé, il y a une altération des possibilités de mise en mouvement du fait de leur handicap moteur. De plus, les spécificités de leur handicap engendrent des troubles de l'intégration sensorielle et parfois des troubles de la relation. Les spécificités de la psychomotricité permettent d'intervenir à ces niveaux là ; notre métier vise à juste titre à favoriser la mise en mouvement et l'intégration sensorielle au sein d'un processus relationnel. Une des caractéristiques propre au métier de psychomotricien est de faire appel aux médiations corporelles. La psychomotricité se pratique avec un engagement corporel à la fois du patient et du thérapeute. Cette profession prône l'importance des activités sensori-motrices, toniques, émotionnelles et relationnelles comme support aux fonctions corporelles et au soubassement du processus *d'instrumentation* (BULLINGER). Ces dernières étayent l'intégration des fonctions psychiques en organisant le corps comme référentiel dans le temps et dans l'espace. Le corps devient un corps *expérimenté* dans le sens où il est ressenti par l'individu comme *le sien* : objet de ses éprouvés (objet de l'environnement, récepteur d'informations issues du milieu) mais également sujet de ses éprouvés (il a une action sur ses vécus et sur le milieu). On peut parler de la thérapie psychomotrice comme une thérapie orientée vers la construction psyché-soma : on cherche le développement ou le renforcement d'une unité somato-psychique en stimulant le système des représentations du corps, et ce, par une mise en mouvement et en acte du corps.

La relation qui se met en place dans l'espace thérapeutique est essentielle dans ce processus et donc dans l'efficacité thérapeutique. Celle-ci est d'autant plus efficiente si l'alliance thérapeutique se met en place. Il est nécessaire d'avoir une lecture du mouvement au-delà du handicap moteur, et s'accorder à ce que nous montre le jeune. Ce n'est pas de la rééducation du mouvement ; c'est chercher à étayer le jeune vers une meilleure compréhension et appréhension de son corps et de ses capacités. Cette lecture singulière du mouvement et de son expressivité nous transmet ce qui advient du *corps propre* du jeune polyhandicapé. Les vécus de la personne polyhandicapée sont étayés par la relation ; *via* le portage du psychomotricien, le jeune est conduit à prendre conscience de ce qui se passe dans le moment présent en lui, *ici et maintenant*, dans le cadre de la relation thérapeutique.

Ainsi, au sein d'un suivi en psychomotricité, nous nous adaptons aux capacités et à ce que le jeune nous montre de son rapport à son corps et à lui-même pour en ajuster les propositions. Ces dernières visent à lui faire vivre des expériences sensori-motrices par une mise en mouvement sur les tapis et lui offrir des points d'appuis physiques et psychiques afin qu'il puisse renforcer sa conscience corporelle, tout en acquérant une individuation et une subjectivité source même d'une corporéité harmonieuse et d'une sécurité interne, toutes deux en lien avec l'acquisition d'un sentiment de continuité d'exister.

Ouverture à la transdisciplinarité :

C'est au cours de la rédaction de cet écrit que j'ai réalisé que la psychomotricité rassemble les savoirs au-delà des disciplines. Il s'agit de dépasser les frontières étroites fixées pour chacune d'entre elles. La psychomotricité est fondée à travers plusieurs courants. Ce qui est intéressant dans la notion de transdisciplinarité, c'est qu'elle évoque le lien que l'on peut faire entre les différents courants théoriques qui nourrissent la pratique psychomotrice. Cette approche transdisciplinaire est au service de la compréhension globale de l'être.

ANNEXES

Annexe 1 - Ponsot, G. & Boutin, A. (2017). Chapitre 1. Le polyhandicap : une situation particulière de handicap. p.88

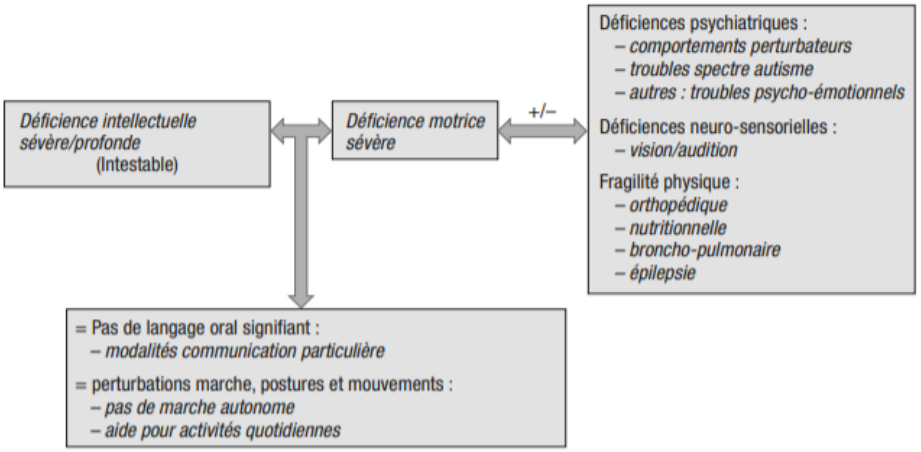

Figure 1.1. Caractéristiques « identitaires » du polyhandicap.

Annexe 2 - Ponsot, G. & Boutin, A. (2017). Chapitre 1. Le polyhandicap : une situation particulière de handicap. p.90

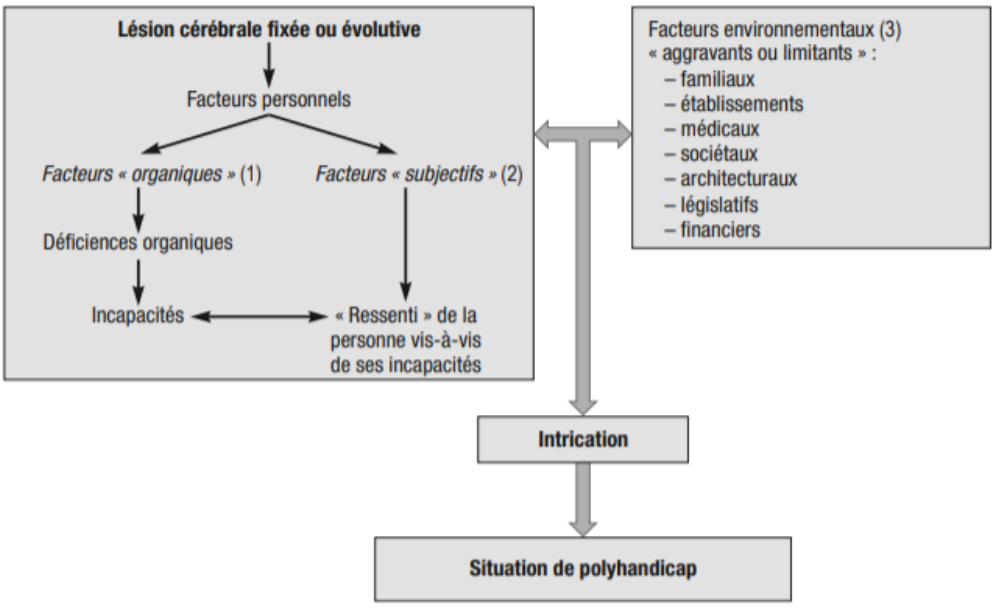

Figure 1.2. Processus de production du polyhandicap.

Annexe 3 - Ponsot, G. & Boutin, A. (2017). Chapitre 1. Le polyhandicap : une situation particulière de handicap. p.101

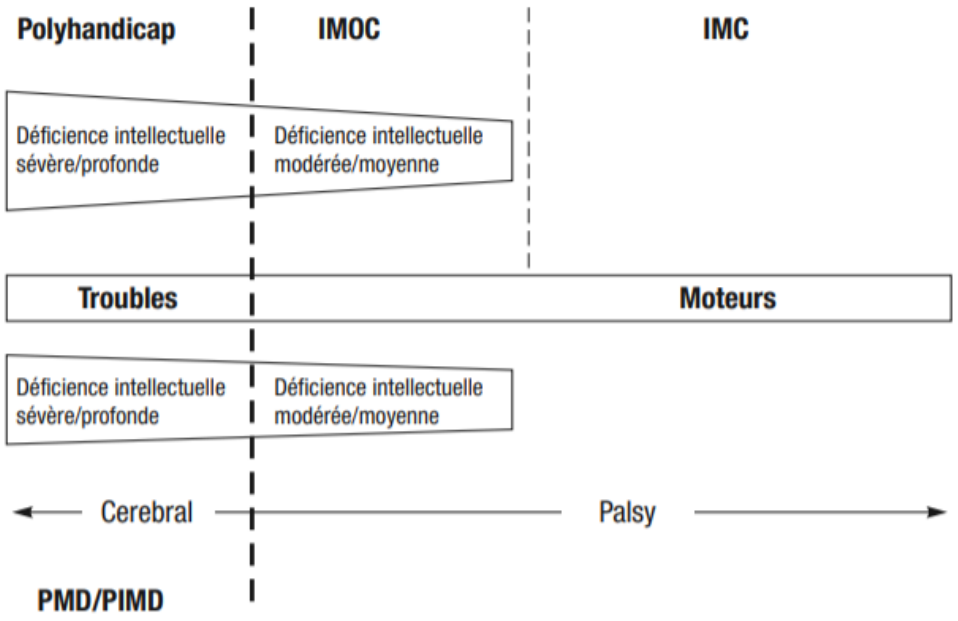

Figure 1.6. Délimitation polyhandicap/PIMD.

LEXIQUE

*[1] Anamnestique = Terme de médecine. Qui rappelle le souvenir.

*[2] Somesthésie = (wikipédia définition) aussi dite sensibilité du corps, la somesthésie constitue un des systèmes sensoriels de l'organisme en désignant l'ensemble des différentes sensations (*pression, chaleur, douleur* …) qui proviennent de plusieurs régions du corps tels que la peau, les tendons, les articulations, les viscères …

*[3] Polymorphe = dit de quelque chose qui peut prendre plusieurs formes.

*[4] EEG = L'électroencéphalographie est une méthode d'exploration cérébrale qui mesure l'activité électrique du cerveau par des électrodes placées sur le cuir chevelu souvent représentées sous la forme d'un tracé appelé électroencéphalogramme (EEG).

*[5] Encéphalopathie = Pathologie qui touche l'encéphale, la partie du système nerveux central situé dans la boîte crânienne et comprenant les hémisphères cérébraux, le cervelet et le tronc cérébral. Elle peut survenir dans les suites d'une infection, de certaines intoxications ou être une complication par atteinte neurologique d'une maladie chronique.

*[6] Inférer : (définition du Larousse) Tirer une conséquence de quelque chose, conclure, induire quelque chose de quelque chose.

*[7] CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10è révision .

BIBLIOGRAPHIE

Albaret, J., Canchy-Giromini, F., & Scialom, P. (2015) Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1 : Concepts fondamentaux. Ed. Deboeck.

Amouroux, V. (Réalisateur). (2019). *Notre véritable 6e sens.* ARTE. https://www.arte.tv/fr/videos/073879-000-A/notre-veritable-6e-sens/

Bergeron, M. (1956). Le mouvement, son étude, son importance en psychologie de l'Enfant. In: Enfance, tome 9, n°2,. pp. 23-30.

Bergès, J. (2016). À propos de l'axe corporel: Discours prononcé à l'occasion de l'anniversaire d'Henri Wallon à la faculté de médecine, Paris, 1979. Dans : , J. Bergès, Le corps dans la neurologie et la psychanalyse (NE): Leçons cliniques d'un psychanalyste d'enfants (pp. 104-114). Toulouse, France: Erès.

Boissinot, E. (2020). Le mouvement, nouveau paradigme de la santé: La France est-elle prête pour une médecine intégrative ?. Hegel, 1(1), 37-51.

Branchard, L. & Moyano, O. (2018). Les représentations dynamiques du corps. Psychologie clinique et projective, 1(1), 197-217.

Bronstein, C., & Hacker, A. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue Française De Psychanalyse, 76*(3), 769.

Bruyet B., Huber L., Musitelli T. (2010). Lisa tout seul!. Colloque international de stimulation basale à Offenbach "Ressentir sa propre vie".

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Éditions Érès.

Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. Contraste, 2(2), 125-139.

Beaugrand I. (2016), *Être polyhandicapé mais être SOI avant tout : apport de la psychomotricité dans la construction identitaire de la personne polyhandicapée*. (Mémoire). dumas-01358403

Caleca, M. (2013). La stimulation basale. Dans : Gérard Zribi éd., Polyhandicaps et handicaps graves à expression multiple: Concepts, prises en charge,

accompagnement, solutions (pp. 147-152). Rennes, France: Presses de l'EHESP.

Calin, R. (2006). Le corps de la responsabilité. sensibilité, corporéité et subjectivité chez Lévinas. Les Études philosophiques, 3(3), 297-318.

Camberlein, P., & Ponsot, G. (2018). *La personne polyhandicapée: La connaître, l'accompagner, la soigner*. Dunod. pp.63-84 ; pp.87-103 ; pp.105-117 ; pp.207-221 ; pp.225-247 ; pp.691-707.

Ciccone, A. (2016). Traumatisme et identité. Dans : Régine Scelles éd., Naître, grandir, vieillir avec un handicap: Transitions et remaniements psychiques (pp. 11-23). Toulouse, France: Erès.

Dardot, P. (2011). La subjectivation à l'épreuve de la partition individuel-collectif [1]. Revue du MAUSS, 2(2), 235-258.

Delassus, É. (2014). Vivre et penser son corps. Sociétés, 3(3), 117-126.

De Lièvre, B. D., & Staes, L. (2012). La psychomotricité au service de l'enfant: Notions et applications pédagogiques. De Boeck.

Dictionnaire hachette 2008. (2008). Paris, France : Hachette.

Drouet, E. (2015). *Se mouvoir dans la relation pour devenir soi. Le mouvement comme soutien à l'individuation. Son apport dans la pratique psychomotrice auprès de l'enfant polyhandicapé.* (Mémoire). dumas-01196173

Gabbai, P. *Les abords psycho-corporels dans les autismes et les psychoses infantiles*.

Garelli, M. (1970). Le schéma corporel chez les enfants I.M.C Impuissances corporelles et images de soi. *Enfance, 23*(3), pp.343-363.

Garo, M. (2013). Angoisses archaïques chez les personnes polyhandicapées. Dans : Gérard Zribi éd., Polyhandicaps et handicaps graves à expression multiple: Concepts, prises en charge, accompagnement, solutions (pp. 75-82). Rennes, France: Presses de l'EHESP.

Garros, J. (2014). Psychomotricité la conscience d'être un corps ou la non-séparabilité des contraires. Ed. de Midi.

Georges-Janet, L. (2002). DÉFICIENCES MOTRICES ET SITUATIONS DE HANDICAPS - ed.

APF - 2002.

Golse, B., & Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la co-construction du self, en passant par l'image du corps. *Contraste, 28-29*(1), 129.

Golse, B. (2004). Du corps à la pensée. Dans : Joyce Aïn éd., Résonances: Entre corps et psyché (pp. 27-44). Toulouse, France: Érès.

Guillemard, M. (2009). *Un corps qui nous parle d'émotions*. *Le dialogue tonico-émotionnel, un outil pour le psychomotricien*. (Mémoire).

Haag G. (2001). Le développement psychique du jeune enfant dans les trois premières années de sa vie. Copyright G. Haag.

Haag, G. (2006). Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps. Le Carnet PSY, 8(8), 40-42.

Haag G. (2011). Constitution du moi corporel et des toutes premières étapes du développement du moi, qui sont d'ordre corporel : comment le polyhandicap, y compris moteur, affecte ou non cette constitution. Exposé en avril-mai 1997 aux journées du CESAP sur le handicap en institutions. Revu et complété en novembre 2011. Copyright G. Haag.

Haag G. (1994), Prévenir les surhandicaps psychiques des handicaps, entre le déficit et le moi corporel, revue Contraste, n° 1, ANECAMSP.

Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence **[1]**. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 6(1), 115-130.

| Inserm - La science pour la santé. (2020, 8 octobre). Consulté à l'adresse www.inserm.fr

Jaquet, C., Neveu, P., Pireyre, É., de Sainte Maréville, F. & Scialom, P. (2014). Chapitre 3. Mouvement. Dans : , C. Jaquet, P. Neveu, É. Pireyre, F. de Sainte Maréville & P. Scialom (Dir), Les liens corps esprit: Regards croisés à partir de cas cliniques (pp. 71-101). Paris: Dunod.

Jaricot, B. (2006). Du corps à corps à sa propre verticalité. *Enfances & Psy*, no 33(4), 80-91.

Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue De Neuropsychologie, 2*(3), 185.

Jouen, F., Guillois, B., David, M. & Molina, M. (2015). Des flux sensoriels à l'instrumentalisation des conduites. Enfance, 4(4), 463-475.

Korff-Sausse, S. (2013). Le corps aux origines de la pensée. Dans : Houchang Guilyardi éd., *Qu'est ce que le corps dans la psychanalyse* (pp. 393-405). Paris: Association Psychanalyse et Médecine.

Latour, A-M. (2008). *Le corps, cet inconnu. Les conditions de l'instrumentation dans l'autisme*. Thérapie psychomotrice n°154. pp.80-91.

Legrand, O. (2008). Tentative de représentation de la corporéité d'une enfant polyhandicapée et accompagnement en bain sensoriel. *Contraste, 28-29*(1), 295.

Lesage, B. (2015). *Jalons pour une pratique psychocorporelle: Structures, étayage, mouvement et relation*. Erès.

Lesage, B. Danse-thérapie et dialogue corporel : expériences avec des enfants polyhandicapés. *Texte d'une intervention pour un colloque à l'université de Brest (non publié).*

Livoir-Petersen, M. (2011). De l'organisme au corps dans l'approche sensori-tonique du développement. Contraste, 1(1-2), 93-132.

Lobbé, J. (2019). Chapitre 16. L'axe psychique. Dans : Éric W. Pireyre éd., Autisme, corps et psychomotricité: Approches plurielles (pp. 109-115). Paris: Dunod.

Marzano, M. (2002). Introduction. Dans : , M. Marzano, Penser le corps (pp. 1-11). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Médiathèque du Centre national de la danse. *Corps et corporéité*. (Document PDF).

Meurin, B. (2018). De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger. Dans : ABSM éd., La construction des représentations corporelles du bébé: En hommage à André Bullinger (pp. 41-60). Toulouse, France: Érès.

Meurin, B. (2018) *L'axe corporel comme point d'appui postural, représentatif et*

émotionnel, Colloque Journées Nationales ANECAMSP : “En amont des troubles des apprentissages, quelle place pour l’action précoces ?”, 22-23 Mars 2018, Colloque TV.

Ministère de l’Éducation nationale, de l’Enseignement supérieur et de la Recherche.(2015) Ressources maternelle - Jouer et apprendre. *Les jeux symboliques*. http://eduscol.education.fr/ressources-maternelle

Moyano, O. (1991) *Du corps au contenant psychique*. Revue Thérapie Psychomotrice, 92, 4, pp.34-49.

Murcia, R. (1990). *À propos de la notion de schéma corporel - Réflexions et perspectives.* CREPS AQUITAINE.

Musitelli. J-R. (2007). La stimulation basale. Résumé traduit de l'allemand en français qui se base sur l’article d’Andreas Fröhlich “Basale Förderung”.

Ninat, M. (2017) *Douleur de la personne polyhandicapée : une approche psychomotrice.* (Mémoire). dumas-01562139

Olislagers, P.(2014), De la psychomotricité à la corporéité, *Science & Sports*, Volume 29, Supplement, Page S59.

Pagano, C. (2020). La stimulation basale: À l’écoute des personnes en situation de handicap sévère. Toulouse, France: Érès. pp.93-98.

Pagès, V. (2017). Handicaps et psychopathologies: En 29 notions. Paris: Dunod. pp.223-230.

Paillard, J. (1976). Tonus, Postures et Mouvements. Dans : Ch. Kayser ed. *Physiologie*, 3è édition. Flammarion, Paris. Tome III, Chap 6, pp.521-728.

Pes, J. (2008). La conscience corporelle chez l'enfant ou le temps vécu. *Sens Public*.

Petitpierre-Jost, G. (2005). Programmes de stimulation pour personnes polyhandicapées: Suggestions pour l'amélioration du cadre d'application pédagogique et thérapeutique. *Devenir*, 1(1), 39-53.

Pikler, E. (2009). Importance du mouvement dans le développement de la personnalité: Initiative – Compétence. Spirale, 50(2), 175-181.

Pireyre, Eric W. (2015). *Clinique de l'image du corps: Du vécu au concept*. Paris: Dunod. pp. 51-58 ; pp.59-66 ; pp.141-156.

PIMD - Profound intellectual and multiple disabilities. (s. d.). Consulté 13 janvier 2021, à l'adresse https://www.cesap.asso.fr/recherche-informations-pratiques/autresproductions/31-faqpolyhandicap

Pireyre, Eric W. (2019). *Autisme, corps et psychomotricité: Approches plurielles*. Paris: Dunod. pp.105-108 .

Potel, C. (2019). *Être psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès. pp.321-345

Rodriguez, M. (2015). Les apports de la psychomotricité à la psychosomatique. Psychosomatique relationnelle, 2(2), 22-69.

Roustang, F. (2001). La fin de la plainte. O. Jacob. pp.31-49 ; pp.69-85 ; pp.129-151.

Saulus, G. (2009). Le concept d'éprouvé d'existence: Contribution à une meilleure lecture des particularités psychodéveloppementales du polyhandicap. Dans : Simone Korff-Sausse éd., La vie psychique des personnes handicapées (pp. 25-44). Toulouse, France: Érès.

Scelles, R. (2013). *Polyhandicap: Processus d'évaluation cognitive*. Dunod.

Texier, M. (2015) *S'é-mouvoir : le mouvement en psychomotricité au service de la perception de soi chez les patients psychotiques.* (Mémoire). dumas-01195844

Tordo, F. (2018). La psyché du corps connecté et transformé, entre contenance et augmentation. Connexions, 2(2), 61-72.

UQÀM. CORPS / CORPORÉITÉ. (document PDF).

Vacher, A. (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfances & Psy*, 4(4), 20-31.

Vasseur, R. (2000). Importance des aspects biomécaniques et des points d'appui posturaux dans la genèse de l'axe corporel. In: Enfance, n°3 . Le bébé, le geste et la trace, sous la direction de André Bullinger. pp. 221-233.

Wallon, H. (1956). Importance du mouvement dans le développement psychologique de

l'Enfant. Enfance, 9(2).

Wallon, H. (1959). La maladresse. *Enfance, 12*(3), 264-276.

Wallon, H. (1959). Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant. In: Enfance, tome 12, n°3-4. Psychologie et Éducation de l'Enfance. pp. 252-263.

Watillon-Naveau, A. (2010). L' observation du bébé. Editions Yapaka.be

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS..... **1**

SOMMAIRE **2**

INTRODUCTION **4**

CHAPITRE 1 : D'UN MOUVEMENT DU CORPS VERS UN MOUVEMENT PSYCHIQUE **7**

I. Le mouvement et ses caractéristiques : 7

A. Définitions, concepts 7

B. Développement psychomoteur de l'enfant : 9

1. Approches théoriques 9

2. Construction de l'axe corporel : un processus global au soubassement d'un développement physique et psychique 10

a) Fonction biomécanique 11

b) Fonction psychique 13

C. Mouvement et sensorialités : 15

1. Système vestibulaire, labyrinthique et proprioception 15

2. Place des flux sensoriels dans le développement 17

a) Vivre des expériences sensori-motrices 19

b) Fonctions d'instrumentations 21

D. Le tonus, pierre angulaire du mouvement 22

E. Équilibre sensori-tonique 25

II. La place du mouvement dans l'acquisition des représentations corporelles - se connaître soi-même : 26

A. Corporalité et corporéité : 27

1. Définitions 27

2. Un point de vue philosophique du corps et de ses représentations - MERLEAU-PONTY et la phénoménologie 28

B. Conscience corporelle :..... 29

1. Référentiels corporels 30

2. Schéma corporel (SC) et Image du Corps (IC) 30

3. Représentations corporelles dynamiques 34

C. Se mouvoir pour être au monde : 34

1. Sentiment de compétence 34

2. Motricité libre 35

III. Des représentations corporelles sources d'élaboration de représentations psychiques : 36

A. D'un corps objet à un corps sujet : 36

1. Ancrage corporel de la pensée 36
2. Subjectivité et individuation 37
3. Premières symbolisations et jeux symboliques 38
4. Structuration du Moi corporel 39
5. Du moi corps au Self 40

B. Sentiment de continuité d'existence : 41

1. Définitions 41
2. Identité(s) 42

IV. Conclusion de ce chapitre : 43

CHAPITRE 2 : LE POLYHANDICAP 46

I. Définir le polyhandicap : 46

A. Évolution du concept de polyhandicap : 46

1. Une prise en considération nécessaire et tardive 46
2. Définitions 46

B. Étiologie et exploration diagnostique 48

II. Les spécificités du polyhandicap : 49

A. Des troubles moteurs : 50

1. Troubles moteurs secondaires 51
2. Matériel orthopédique 51

B. Une déficience intellectuelle (DI) 51

C. L'épilepsie 52

D. Troubles du comportement 53

E. Troubles sensoriels - Troubles somatiques 54

F. Angoisses archaïques 55

III. Conclusion de ce chapitre 56

CHAPITRE 3 : UNE RENCONTRE DES CORPS MOUVANTS 59

I. La place du psychomotricien - apports de la psychomotricité : 59

A. Motiver l'exploration sensorimotrice et la mise en mouvement : 60

1. Cadre et espace des séances de psychomotricité : 60

2. Une relation d'étayage : …….. 62

a) A propos de la théorie de l'attachement ……... 63

b) Zone proximale de développement ……..... 64

c) Le regard ……. 65

3. Rôle de détoxication et accordage affectif : ……... 66

a) L'observation ……... 66

b) Accordage affectif …….. 67

c) Une mise en mot ……. 67

d) Acte de jeu - mouvements de création - d'expression - médiation danse-impro ……..... 71

B. Spécificités des médiations corporelles en psychomotricité : …….. 73

1. L'eutonie de Gerda Alexander ……..……... 73

2. À propos de la stimulation basale …….. 74

II. Un engagement corporel du psychomotricien : …….. 76

A. Dialogue corporel structurant : ……..... 77

1. Jeux de relation et d'interactions en corps à corps …….. 77

2. Dialogue tonico-émotionnel ……... 78

3. Neurones miroirs et imitation ……..... 79

4. Nourrissage proprioceptif - Transfert et contre transfert corporel……. 80

5. Nouage entre qualité relationnelle et vécu corporel……. 81

B. Soutien à une structuration psychocorporelle : …….. 82

III. Conclusion de ce chapitre : ……... 84

CONCLUSION ……. 86

ANNEXES ……..... 88

LEXIQUE ……. 90

BIBLIOGRAPHIE …….. 91

TABLE DES MATIÈRES ……. 98