



HAL
open science

L'établissement progressif d'un lien et d'une clinique psychomotrice auprès de la personne polyhandicapée : lorsque les capacités se révèlent au sein d'une relation accordée

Manon Tollet

► **To cite this version:**

Manon Tollet. L'établissement progressif d'un lien et d'une clinique psychomotrice auprès de la personne polyhandicapée : lorsque les capacités se révèlent au sein d'une relation accordée. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297287

HAL Id: dumas-03297287

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297287>

Submitted on 23 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.

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



**L'établissement progressif d'un lien et d'une clinique
psychomotrice auprès de la personne polyhandicapée**

Lorsque les capacités se révèlent au sein d'une relation accordée

Mémoire présenté pour le Diplôme d'État de Psychomotricien

Session de Juin 2021

Référent de mémoire :
Sabine Garufi- Hoeltzel

Mémoire présenté par :
TOLLET Manon

Remerciements

Je tiens à remercier :

Ma maîtresse de mémoire pour son soutien, son écoute, son étayage, sa disponibilité et son accompagnement dans l'élaboration de ce mémoire et tout au long de cette année dans les moments difficiles comme dans les meilleurs.

Mes maîtres de stage qui m'ont beaucoup apporté et appris au cours de cette année. Les échanges, le partage d'expériences et les encouragements sont venus soutenir et étayer ma réflexion et mon identité de future psychomotricienne.

Margueritte Olagne et Alexis Dauguet pour leur soutien et leur aide dans la relecture attentive de ce mémoire.

Chacun des résidents en situation de polyhandicap que j'ai pu rencontrer durant mon stage long et qui m'ont chacun apporté à leur façon. À leur côté, j'ai pu davantage toucher du doigt l'importance et la richesse du lien et de l'échange.

Ma famille et tous mes proches qui m'ont également soutenue et encouragée et sans qui cette année n'aurait pas été aussi riche en couleurs.

Chacun des professionnels rencontrés durant ces trois années qui ont partagé leur passion de la psychomotricité et qui sont venus chacun à leur manière nourrir et enrichir mon identité et ma clinique de future psychomotricienne.

Sommaire

<u>Avant-propos.....</u>	<u>7</u>
<u>Introduction.....</u>	<u>8</u>
<u>PARTIE I : Ma représentation du polyhandicap et de la psychomotricité auprès de cette population à mon arrivée dans la structure.....</u>	<u>10</u>
1. Aperçu théorique du polyhandicap, support de ma première représentation.....	11
<u>1.1. Définitions.....</u>	<u>11</u>
<i>1.1.1. La déficience intellectuelle.....</i>	<i>12</i>
<i>1.1.2. La déficience motrice.....</i>	<i>12</i>
<i>1.1.3. La déficience sensorielle.....</i>	<i>13</i>
<i>1.1.4. Un état de grande dépendance.....</i>	<i>13</i>
<u>1.2. Distinctions.....</u>	<u>13</u>
<u>1.3. Une première représentation.....</u>	<u>14</u>
2. Ma représentation suite à mon stage court de deuxième année.....	16
<u>2.1. Un environnement particulier : la place des appareillages.....</u>	<u>16</u>
<u>2.2. Quelques éléments de la sémiologie psychomotrice.....</u>	<u>17</u>
<i>2.2.1. Le schéma corporel.....</i>	<i>17</i>
<i>2.2.2. La régulation tonique.....</i>	<i>18</i>
<u>2.3. Un premier sens à la psychomotricité auprès des personnes polyhandicapées.....</u>	<u>19</u>
<u>PARTIE II : Présentation de la structure.....</u>	<u>21</u>
1. L' équipe pluridisciplinaire.....	21
2. Le cadre institutionnel.....	22
<u>2.1. Le cadre spatial.....</u>	<u>23</u>
<i>2.1.1. Les espaces de vie:.....</i>	<i>23</i>
<i>2.1.2. Les espaces professionnels et de prise en charge.....</i>	<i>23</i>
<u>2.2. Le cadre temporel.....</u>	<u>24</u>
<i>2.2.1. Le temps du côté des résidents.....</i>	<i>24</i>

2.2.2. <i>Les temps institutionnels</i>	24
3. Projet de vie et projet de soins	25
3.1. <u>Les objectifs de la MAS</u>	<u>25</u>
3.2. <u>Le résident à la MAS</u>	<u>25</u>
4. Cadre de mon intervention	26
<u>PARTIE III : Un premier contact: un travail psycho-corporel du psychomotricien</u>	<u>27</u>
1. Vignette clinique, vécu de la première séance	27
1.1. <u>La rencontre</u>	<u>27</u>
1.2. <u>Ma posture</u>	<u>29</u>
2. La rencontre : un travail sur la posture du psychomotricien	30
2.1. <u>Le cadre de la rencontre: un corps à corps</u>	<u>30</u>
2.2. <u>Un ajustement psycho-corporel: des mécanismes en jeux</u>	<u>32</u>
2.2.1. <i>Le transfert</i>	33
2.2.2. <i>Le contre-transfert</i>	34
2.3. <u>D'une simple présence vers une disponibilité psycho-corporelle</u>	<u>35</u>
2.3.1. <i>D'un corps vécu à un corps représenté et impliqué</i>	36
2.3.2. <i>Une disponibilité psycho-corporelle</i>	37
<u>PARTIE IV : Le continuum rencontre-relation: un dialogue psycho- corporel</u>	<u>41</u>
1. Vignette clinique	41
2. Le psychomotricien près du polyhandicapé	43
2.1. <u>Une représentation qui évolue : une référence à la mère qui prend soin</u>	<u>43</u>
2.2. <u>Le corps du psychomotricien, un support pour éprouver</u>	<u>45</u>
2.3. <u>La personne polyhandicapée en relation</u>	<u>46</u>
2.3.1. <i>Une communication corporelle : le dialogue tonique</i>	46
2.3.2. <i>Le regard comme support de la relation</i>	48
2.3.3. <i>Dialogue tonique et intégration</i>	49
<u>PARTIE V : L'accompagnement psychomoteur de la personne en situation de polyhandicap : une approche inattendue</u>	<u>53</u>

1. Vignette clinique.....	53
2. La fonction de différenciation dans l’approche du psychomotricien : tenir compte des capacités du résident et soutenir sa conscience de lui-même.....	56
<u>2.1. L’intégration du corps entier dans l’action.....</u>	<u>57</u>
<u>2.2. La verticalité ; le mouvement de la marche.....</u>	<u>59</u>
<u>2.3. Entre espace et relation.....</u>	<u>60</u>
<u>2.4. La relation marquée par la temporalité.....</u>	<u>64</u>
<u>PARTIE VI : Vers un déploiement des capacités.....</u>	<u>67</u>
1. Vignette clinique.....	67
2. L’émergence des capacités : les appuis.....	68
<u>2.1. Le développement psychomoteur.....</u>	<u>68</u>
<u>2.2. Du développement psychomoteur vers la relation versus de la relation vers le développement psychomoteur.....</u>	<u>70</u>
<u>2.3. Une mémoire tonique et corporelle.....</u>	<u>71</u>
<u>Conclusion.....</u>	<u>72</u>
<u>Bibliographie.....</u>	<u>74</u>
<u>Annexe.....</u>	<u>I</u>
Annexe I. Présentation d’Alice.....	I
Annexe II. Présentation de Bethany.....	III

Avant-propos

Afin que la lecture de ce mémoire se fasse sans interruption, je souhaite par avance vous informer d'un choix que j'ai effectué lors de sa rédaction. Aussi, le lecteur pourra s'apercevoir, au cours de la lecture de cet écrit, que je ne donne pas de descriptions précises et détaillées du parcours et de la pathologie de chacune des résidentes citées. En effet, je ne connaissais alors pas leur anamnèse à l'heure de la rencontre et des débuts de prises en charge. Cependant, ma maître de stage m'a informé des points importants auparavant pour que je sache ce qu'il était possible ou non de faire au cours de la séance.

Dans ce sens, j'ai pris la décision de mettre leur présentation en annexe afin de partager mon expérience à la manière dont je l'ai vécue et que le lecteur puisse suivre ma réflexion ainsi que vivre et se représenter les événements tels qu'ils ont eu lieu.

En effet, ce mémoire a pris racine dans la rencontre imprévue ainsi que dans le lien qui en a découlé. Il a ensuite été question de l'évolution de ce lien au travers de la succession des séances et de l'adaptation de l'approche clinique en fonction de ce qu'exprimait le résident. Aussi, l'anamnèse n'a, dans ce contexte, pas été un appui majeur dans l'élaboration de ce travail. Il a donc été question pour moi de partir de ce que je percevais, sans idées fixes au préalable pour entrer objectivement en lien avec le résident et ce qu'il pouvait exprimer à cet instant.

Introduction

Durant ma formation et jusqu'à l'expérience de cette troisième année, je me suis toujours demandé ce qui m'attirait particulièrement dans cette profession qu'est la psychomotricité. L'élaboration de ce mémoire est venue en quelque sorte soutenir le développement d'une identité psychomotrice au travers du lien que j'ai pu découvrir, expérimenter, questionner et comprendre dans l'interaction avec la personne adulte en situation de polyhandicap.

Dans ce stage, j'ai pu conscientiser, par un autre chemin que par la parole, l'importance du lien et de l'interaction. La personne en situation de polyhandicap présentant dans la majorité des cas d'importantes atteintes du langage, le corps occupe dans ce sens une place d'autant plus capitale impliquant un engagement certain de l'interlocuteur.

Le lien constitue un appui non négligeable qui vient soutenir le développement, la connaissance et l'expression de soi-même. Comme l'exprime D.W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste, « *Un bébé ne peut pas exister tout seul ; il fait essentiellement partie d'une relation* » (Winnicott, 2001, p.107). Le lien vient ainsi soutenir l'épanouissement et la capacité d'exister donc d'être en relation avec autrui. Le lien peut également être associé à l'image d'une tresse qui relie deux personnes. Cette tresse se compose de différents brins qui représentent l'altérité que chacun apporte par sa singularité et qui vient à la fois soutenir le vécu, nous enrichir et nous faire grandir.

C'est dans cette dynamique de la rencontre et du lien qui s'établit peu à peu que ce mémoire prend donc naissance et s'est progressivement élaboré tout au long de mon stage long auprès de la personne polyhandicapée. Parallèlement, c'est également une clinique psychomotrice qui a peu à peu pris forme au travers de l'observation ; des questionnements ; de l'analyse et de l'écoute du résident pour pouvoir ainsi l'accompagner de la manière la plus adaptée possible. C'est dans ce contexte qu'est venue se poser la problématique suivante: Comment l'évolution du lien de confiance et de l'approche clinique psychomotrice contribue-

t-elle à un maintien et / ou une émergence de capacités chez la personne en situation de polyhandicap ?

Dans l'objectif de répondre à ce questionnement, c'est sur l'image du lien qui unit la mère et son bébé que je viendrai régulièrement m'appuyer afin de soutenir mon propos. Je ne fais pas ici de rapprochement à l'échelle des capacités psycho-corporelles entre le bébé et l'adulte en situation de polyhandicap mais je fais allusion à l'état de vulnérabilité, à la grande dépendance et aux moyens de communication avec l'entourage qui se retrouvent de façon commune chez ces deux populations.

Dans cette perspective, la rédaction de ce mémoire prend la forme d'une chronologie qui suivra mon expérience clinique dans les différentes étapes de l'établissement de ce lien; de mes questionnements, de mes réflexions et de mes découvertes durant mon stage auprès de résidents polyhandicapés. Aussi, il s'agira de vignettes cliniques sur lesquelles je m'appuierai afin d'étayer mon propos et ma discussion avec l'aide d'apports théoriques.

Il s'agit donc du lien qui s'instaure par une rencontre entre le résident et moi-même et au sein de laquelle, en passant par un travail sur ma posture de stagiaire en psychomotricité, vont pouvoir émerger des capacités et une participation active jusqu'alors insoupçonnées.

Ce lien qui évolue et qui s'appuie sur mes questionnements successifs forme les différentes parties de cet écrit et suit l'évolution de ma perception du résident polyhandicapé. Sur cette perception s'étaye, s'équilibre et s'accorde le lien entre stagiaire et résident parallèlement au sens et à la nécessité que prendra progressivement la clinique psychomotrice auprès de cette population. Le lien ajusté et l'altérité qui prend ainsi sens, se voient alors être un appui dans l'épanouissement de la personne en situation de polyhandicap.

PARTIE I : Ma représentation du polyhandicap et de la psychomotricité auprès de cette population à mon arrivée dans la structure

Avant d'aborder le cœur du sujet traitant de la relation avec la personne en situation de polyhandicap, il m'a paru primordial d'évoquer le sujet des représentations. Représentations qui ont accompagné et influencé ma posture tout au long de ce stage. Dans le déroulé des événements, ce serait nier les faits de dire que j'arrivais sans aucune représentation et réflexion à propos du polyhandicap et sur la place de la psychomotricité auprès de cette population. Ainsi, il me semble important de vous exposer la représentation que j'avais du polyhandicap à ce stade. Représentations qui constituent l'appui et le terreau de la relation qui s'est progressivement établie avec les résidents que j'ai accompagnés. Représentations qui ont peu à peu évolué conjointement à la relation dont nous pourrions ensuite étudier les étapes et les découvertes.

Les représentations sont :

Des idées, des images mentales, des savoirs, des impressions, des souvenirs, des émotions, desirs ou répulsions, qui peuvent surgir spontanément à la seule évocation d'un mot. Justes ou fausses, réalistes ou irrationnelles, peu importe, elles sont là et nous appartiennent en propre, et c'est à partir d'elles que nous pensons, échangeons, réagissons, décidons, et édifions notre vie. (Bertrand, 2018, p.83).

Dans le cas d'une arrivée dans un nouveau lieu, une nouvelle structure, afin de faire face à une situation et de se préparer à l'inconnu, nous avons besoin de nous faire une idée de ce que nous allons découvrir. Anticiper, s'informer, faire des recherches, se préparer aux difficultés éventuelles qui peuvent se présenter, sont des attitudes communes qui concourent à l'acquisition d'une assurance et d'une contenance sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour faire face à la nouveauté. Ainsi, nous avons donc notre propre représentation avant d'être exposé à la réalité. Cette dernière constitue alors notre première référence et conditionne nos actions, notre attitude et notre manière de communiquer, d'entrer en relation.

Cependant, ces représentations ne sont pas figées. En effet, selon A. Giordan, « *chaque fois qu'il y a compréhension d'un modèle ou mobilisation d'un concept, sa structure mentale est complètement réorganisée* » (Giordan, 2008, p.1). Ainsi, ces représentations sont vouées à évoluer chaque fois que nous faisons face à une nouveauté. Elles se réorganisent en fonction et s'enrichissent des découvertes, des expériences et nouvelles connaissances.

Aussi, dans le cadre du polyhandicap, chacun aborde la personne en situation de polyhandicap en fonction de la représentation qu'il en a. Cette dernière s'étaye entre autres sur le vécu, les connaissances théoriques ou bien acquises par expérience.

Pour ma part, la représentation que je me suis faite de la personne polyhandicapée s'est tout d'abord appuyée sur les connaissances théoriques puis sur mon expérience en tant que stagiaire en observation sur une semaine en deuxième année avant d'arriver en stage long cette année.

Ma représentation était donc dans un premier temps uniquement une image mentale qui a ensuite été remaniée en fonction de ma perception et de mes observations faites lors de mon stage court.

1. Aperçu théorique du polyhandicap, support de ma première représentation

1.1. Définitions

Le polyhandicap se définit aujourd'hui de manière commune d'après le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) par la définition suivante:

Personnes polyhandicapées, présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain, et une situation évolutive

d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique. (Groupe Polyhandicap France, 2002)

Nous pouvons relever d'après cette définition, que le polyhandicap découle de l'association de deux causes principales que sont la déficience intellectuelle et la déficience motrice. La déficience se définit comme « *l'insuffisance d'une fonction physique ou intellectuelle* » (CNRS, 2012). À cela peut s'ajouter des déficiences sensorielles et des complications telles que des déformations qui amènent la personne dans un état de grande dépendance. L'association de ces symptômes entrave le développement normal et perturbe de façon importante les interactions avec l'environnement extérieur.

1.1.1. La déficience intellectuelle

On entend par déficiences intellectuelles la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement. (Organisation mondiale de la Santé, s. d.)

Dans la définition du polyhandicap, le niveau de déficience n'est pas précisé car difficile à évaluer avec des tests standardisés nécessitant ainsi des compétences que ces personnes ne possèdent pas. Dans le cadre du polyhandicap, l'atteinte est cependant grave et nécessite la présence d'une aide quotidienne dans la majorité voire dans tous les actes de la vie.

1.1.2. La déficience motrice

La déficience motrice recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficulté à se déplacer, conserver ou changer de position, prendre ou manipuler des objets, effectuer certains gestes). (Camberlein, 2015, p.12)

Ces déficiences motrices influent sur la capacité de se mettre en mouvement et d'agir sur l'environnement. Cela nécessite un accompagnement ainsi que l'utilisation d'aides

techniques afin d'assurer le positionnement et les éventuels transferts des personnes en situation de polyhandicap et ainsi de favoriser un confort et une autonomie dans la mesure du possible.

1.1.3. La déficience sensorielle

« *La déficience sensorielle, qu'elle soit visuelle, auditive, olfactive ou gustative ou qu'elle concerne le toucher, se définit par une perte partielle ou totale de l'un ou de plusieurs de ces sens.* » (Haute Autorité de Santé, 2016)

Les déficiences visuelles et auditives sont les déficiences sensorielles les plus souvent retrouvées dans le cadre du polyhandicap et compliquent davantage les possibilités de compensation et d'adaptation à l'environnement. En effet, cela nécessite une adaptation dans les modalités de communication et dans la qualité d'approche de la personne en situation de polyhandicap.

1.1.4. Un état de grande dépendance

L'association d'une déficience motrice et intellectuelle avec souvent une déficience sensorielle et des complications telles que des déformations ou malformations, entrave les capacités d'appréhension de l'environnement et d'agir sur celui-ci. Elle limite l'intégration et la compréhension des informations provenant de l'extérieur ainsi que de la personne elle-même. Elle restreint également les possibilités d'apprentissage et de communication. Le développement de la personne en situation de polyhandicap que ce soit sur le plan moteur ; psychique ; social ; affectif ; intellectuel..., se trouve, de ce fait, entravé et entraîne une vulnérabilité et dépendance plus ou moins marquées dans les activités de tous les jours.

1.2. Distinctions

Il est nécessaire de distinguer le polyhandicap d'autres termes afin d'éviter toute confusion.

Le plurihandicap se définit comme « *l'association circonstancielle d'un ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles* ». (Giromini et al., 2015, p139)

Le surhandicap est la « *conséquence du handicap initial.* ». Cette notion comprend actuellement « *toute surcharge ou déficience secondaire aux déficiences initiales (motrice, intellectuelle, sensorielle)* » (Camberlein et al., 2018, p89).

Dans le cadre du polyhandicap, des surhandicaps peuvent progressivement apparaître. Nous pouvons entre autres retrouver des complications orthopédiques, des malformations ou des déformations qui peuvent entraîner des anomalies au niveau des amplitudes articulaires et musculaires ainsi que des douleurs. Nous pouvons également voir apparaître des surcharges viscérales telles que des altérations de la déglutition pouvant provoquer des fausses routes ; des dysfonctionnements digestifs ; des difficultés respiratoires ; des problèmes intestinaux...

1.3. Une première représentation

À partir de cette définition, j'avais donc une première représentation de la personne polyhandicapée comme étant quelqu'un dont les capacités de se mouvoir, de communiquer, de penser et de comprendre sont relativement restreintes. J'avais à ce stade une vague idée très médicalisée, figée et limitée de cette population, fondée uniquement sur l'expression d'incapacités en comparaison à un individu « bien portant ». Inutile de préciser que l'image que je me faisais et que beaucoup peuvent se faire de la personne en situation de polyhandicap à ce stade, se rapprochait d'un corps "muet" au travers duquel la capacité d'être est difficile voire impossible à entrevoir. Il s'agit d'une vision assez fréquente lorsque notre perception n'est pas enrichie d'un vécu au contact de cette population et de l'environnement dans lequel elle évolue.

De ma position d'étudiante en deuxième année de psychomotricité, n'ayant encore jamais été en contact avec des personnes en situation de polyhandicap, j'avais également des difficultés à comprendre la place du psychomotricien auprès de cette population. En effet, j'avais d'un côté, la représentation de la profession comme étant une approche qui s'appuie sur la relation et qui met en jeu le corps dans ses dimensions sensori-motrices, relationnelles, perceptives, psycho-affectives et représentatives et de l'autre côté, le polyhandicapé, individu

dont les compétences dans chacun de ces domaines sont indéniablement limitées voire inexistantes.

Dans ce sens, je ne pouvais ignorer toutes ces interrogations et cet intérêt grandissant pour cette population. Que pouvait bien apporter la psychomotricité auprès de ces personnes dont le corps se trouve à ce point réduit à l'immobilité et l'impossibilité de s'exprimer ? De quoi peuvent être faites les séances lorsque les possibilités de communication, de compréhension, de relation avec elles sont fortement entravées ?

Par ailleurs, la compréhension d'une profession et d'une population ne peut avoir lieu qu'au travers d'un enseignement. En effet, « *l'appropriation d'un savoir résulte d'une démarche de transformation de conceptions où le principal acteur du processus est l'apprenant et lui seul* » (Giordan, 2008, p.1). Dans ce sens, tous ces questionnements que j'avais à l'esprit ne pouvaient trouver une réponse qu'au travers d'expériences vécues auprès de cette population sur le terrain même. Vécu sur lequel je pourrai ainsi m'appuyer pour intégrer et enrichir mes connaissances, tirer de nouvelles observations et réflexions afin de me faire ma propre idée.

Aussi, j'avais à ce stade, une représentation de l'accompagnement comme étant simplement un soin quotidien prodigué à la personne en situation de polyhandicap.

C'est habitée par ces questionnements que j'ai cherché à effectuer un stage court d'une semaine auprès de cette population.

2. Ma représentation suite à mon stage court de deuxième année

Ce stage a participé de façon importante à l'évolution de ma représentation de la personne polyhandicapée dans son environnement ainsi que dans son intégrité psychomotrice. J'ai également pu découvrir la prise en charge en psychomotricité, entrevoir le possible contenu des séances et leur orientation.

2.1. Un environnement particulier : la place des appareillages

J'ai pu prendre conscience à quel point le projet de vie est entremêlé avec le projet de soins. J'ai également été marquée par la place que prennent l'appareillage et l'importance de savoir les manipuler.

Cela m'a d'abord paru impressionnant et renforce cette image de fragilité et de vulnérabilité de la personne. Une de mes premières réactions avait été de me dire que j'aurai du mal à entrer en contact physique, de faire des mobilisations par peur de mal faire ou bien de faire mal.

L'appareillage est comme la continuité du corps de la personne polyhandicapée dans le sens où sa présence est nécessaire afin d'éviter les aggravations des malformations, l'apparition de complications ou pour soutenir une autonomie possible..

J'ai à plusieurs reprises été surprise par la psychomotricienne qui retirait les appareillages et mobilisait le résident. Je n'aurais jamais pensé que cela soit possible à première vue. En effet, il a été question pour moi dans un premier temps, de le concevoir comme nécessaire mais non pas comme quelque chose d'inséparable du corps, faisant partie intégrante du résident.

L'appareillage fait partie du quotidien et confère une grande particularité à l'environnement dans lequel évolue la personne en situation de polyhandicap. De ce fait, en plus de l'accompagnement, cela demande un savoir technique, une organisation particulière

de la séance sur les plans spatio-temporels ainsi que le recueil d'informations auprès d'autres professionnels afin de manipuler correctement le matériel.

2.2. Quelques éléments de la sémiologie psychomotrice

Suite à ce stage, j'ai pu observer la personne en situation de polyhandicap dans son environnement et ainsi développer une vision plus globale et concrète de cette population sous l'angle psychomoteur. Ceci ne faisant pas l'objet principal de mon mémoire mais participant tout de même à ma représentation et mon approche de cette population, je développerai brièvement dans cette partie les quelques points qui m'ont particulièrement marqué dans mon observation de stage court.

2.2.1. *Le schéma corporel*

Sur le plan psychomoteur, tout d'abord, dans le contexte du polyhandicap, l'intégration du schéma corporel est altérée du fait du manque d'expérience sensorielle et motrice mais également en raison de la déficience intellectuelle sévère ou profonde. Le schéma corporel « *correspond à la connaissance objective du corps dans sa réalité. Il se construit dans l'expérience motrice* » (Potel, 2019, p.150). Il permet donc de pouvoir localiser la position des différents segments corporel dans l'espace et d'en percevoir le contour.

Le schéma corporel nous inscrit dans la lignée humaine, il s'agit d'« *une connaissance unanime et universelle* » (Potel, 2019, p.151). Il s'étaye sur les sensations perçues de manière précoce et provenant de nos récepteurs sensoriels mais aussi des sensations provoquées par le mouvement. Cette perception, étant basée sur l'intégration des expériences motrices mais aussi sensorielles, est donc évolutive en fonction du vécu. L'intégration du schéma participe à l'acquisition d'une conscience corporelle, d'appréhension de l'espace et d'intégrer et comprendre les flux qui ont lieu entre l'environnement et nous-même.

Dans le cadre du polyhandicap, l'association des atteintes et des déficiences entrave les possibilités de découverte, d'exploration et d'expérience dès la naissance impactant ainsi le développement d'une conscience du corps, de ses limites et de la place qu'il occupe dans l'espace.

Cette altération du schéma corporel m'a marqué lorsque j'ai pu observer une prise en charge d'une résidente qui avait la possibilité de s'exprimer à l'aide de « oui », « non » et qui disait ne pas vraiment sentir son dos comparé aux autres segments corporels lorsque la psychomotricienne effectuait des stimulations sensorielles à l'aide de différents objets.

2.2.2. *La régulation tonique*

Par ailleurs, la régulation tonique est un autre point qui m'a fortement marqué au cours de mon stage.

Le tonus « c'est l'état de tension musculaire permanent mais variable en fonction de l'état de vigilance, des émotions et des actions volontaires ou involontaires, automatiques ou réflexes, qui l'augmentent ou le diminuent » (Pépin, 2017, p.15).

Il existe différents niveaux toniques qui s'étayent les uns sur les autres.

Le tonus de fond aussi appelé tonus permanent, est un état de légère tension involontaire et isométrique des muscles qui ne disparaît pas même lors du sommeil. Il est le lieu d'inscription de l'affectivité et des émotions et détermine l'expressivité des mouvements qu'il soutient. Le tonus postural est l'activité musculaire minimale qui permet de maintenir une attitude. Enfin, le tonus d'action est l'ensemble des variations musculaires qui préparent et soutiennent le mouvement.(Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011)

La régulation tonique résulte de la capacité de contrôler et d'adapter son tonus, sa posture, ses mouvements en fonction des différentes situations dans lesquelles nous pouvons nous trouver.

Dans le cadre du polyhandicap, les troubles de la régulation tonique sont très fréquents et entravent de manière importante la motricité mais aussi la communication. En effet, j'ai pu observer lors de mon stage plusieurs troubles dont des états hypotoniques caractérisés par un niveau tonique très faible et une absence de la résistance des muscles lors de leur mobilisation et à l'inverse, des états hypertoniques caractérisés par un niveau tonique très élevé avec une résistance accrue lors de l'étirement du muscle.

L'environnement était de ce fait agencé et organisé de manière bien différente en fonction des troubles toniques. Une des résidentes qui était hypotonique était installée dans un fauteuil qui avait la forme de tout son corps afin de pouvoir la maintenir dans une posture à la fois adéquate et confortable. Les appareillages étaient tous adaptés de manière particulière à chacun des résidents en fonction des différents troubles exprimés.

2.3. Un premier sens à la psychomotricité auprès des personnes polyhandicapées

Lors de ce stage court, j'ai adopté la posture de stagiaire et donc d'observation active. Dans cette perspective, j'ai pu commencer à saisir, dans la relecture que j'en ai aujourd'hui, l'importance de la prise en charge en psychomotricité de la personne polyhandicapée. En effet, j'ai pu entrevoir la place toute particulière et primordiale qu'occupent le regard et la qualité d'écoute observés chez la psychomotricienne envers les résidents pris en charge.

J'ai également découvert une prise en charge ayant pour objectif majeur la conscience du corps du polyhandicapé et de son environnement. En effet, du fait d'une altération importante du schéma corporel pour la grande majorité des résidents, ma maître de stage axait beaucoup ses séances autour de l'éveil corporel à l'aide de différentes stimulations tactiles, sensorielles et de médiations pour soutenir le mouvement. Elle cherchait également à faire ressentir le plaisir ainsi que la détente au travers de soins, de bains thérapeutiques et d'autres médiations. Aussi, bien que ce stage n'ait duré qu'une semaine, ce court aperçu m'a permis de mettre un premier sens sur la psychomotricité dans le domaine du polyhandicap.

Cependant, n'ayant eu qu'un regard extérieur, les personnes en situation de polyhandicap étaient encore pour moi bien étrangères. En effet, ce stage étant un stage d'observation, ma représentation de la relation avec la personne en situation de polyhandicap s'est enrichie à partir des constatations faites en tant que spectatrice. Or la découverte de l'autre s'appuie bien sûr sur l'observation mais l'engagement du corps en psychomotricité est également primordial dans la compréhension de l'autre, dans la représentation que nous avons de lui, dans la possibilité d'un échange et dans la naissance d'une éventuelle relation que je ne pensais pas abordable à ce stade de mon stage.

Suite à ce stage, j'ai donc découvert un échange dans le sens soignant vers soigné principalement. Je ne me doutais pas alors de l'existence d'une possible communication réciproque psychomotricien – résident. Cette communication est née au travers du lien progressivement établi et dont je vais exposer les étapes, les questionnements, les appuis et les ajustements à la manière dont je l'ai vécu en présence de résidentes en situation de polyhandicap durant mon stage long de troisième année.

PARTIE II : Présentation de la structure

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il me semble important que vous puissiez vous faire une idée du lieu d'intervention ainsi que du cadre particulier dans lequel j'ai pu effectuer mon stage. En effet, le cadre institutionnel ainsi que le cadre de mon intervention sont des éléments importants pour comprendre mes questionnements et pouvoir vous représenter le contexte de la prise en charge.

Mon stage de troisième année s'est déroulé dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). Les MAS, sont des établissements médico-sociaux dont la vocation est d'héberger des adultes handicapés en situation de grande dépendance et ayant besoin d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée. Ces établissements bénéficient de soins médicaux, paramédicaux ainsi que des soins d'entretien. La MAS dans laquelle j'ai effectué mon stage accueille des adultes en situation de polyhandicap homme et femme.

Je suis donc arrivée à la MAS en début d'année. Découvrir un nouveau cadre, un nouveau fonctionnement, une nouvelle structure, se laisser déranger et s'adapter n'est pas un processus facile. Il s'agit donc dans un premier temps de trouver sa place et de comprendre le système, les relations entre professionnels et l'organisation de la structure pour ensuite pouvoir investir le milieu.

1. L'équipe pluridisciplinaire

De nombreux intervenants entrent en jeu dans la prise en charge des résidents. L'organisation de l'équipe se répartit en plusieurs pôles dont la gestion de la structure est constituée de la direction et du pôle administratif. Le pôle médico-social comprend l'équipe de soin, l'équipe éducative et les services généraux. Les équipes professionnelles sont elles-mêmes réparties sur l'internat et l'externat. L'équipe pluridisciplinaire est également constituée d'un pôle paramédical constitué de deux psychomotriciennes à mi-temps, de deux

ergothérapeutes à mi-temps également et d'une kinésithérapeute. Enfin, un médecin et un psychologue sont présents sur la structure.

2. Le cadre institutionnel

Le cadre est primordial car il est le support sur lequel s'appuie tout professionnel et vient par là même soutenir la relation. Il se définit au niveau de l'environnement selon le lieu, le type de professionnel présent, le matériel utilisé et les modalités de prises en charge. Par ailleurs, le cadre se définit également dans le temps selon la fréquence, la durée des activités, des soins, des réunions et des prises en charge. Dans ce sens, le cadre permet de délimiter de manière spatio-temporelle la structure ainsi que les prises en charge. Il constitue un appui pour le professionnel permettant ainsi l'instauration d'une distance thérapeutique ajustée au cours de la prise en charge.

Le cadre contribue également à l'acquisition d'une certaine stabilité, d'une rythmicité, et d'un sentiment de sécurité sur lesquelles le sujet peut s'appuyer. Ces délimitations spatio-temporelles participent à l'établissement d'un espace dans lequel le patient peut apprendre à se connaître, acquérir des repères stables et permanents propices à l'expression des ressentis, de ces états.

Le cadre institutionnel au sein d'un type de structure tel que la MAS, se distingue tout particulièrement des autres lieux de prise en charge en psychomotricité. En effet, pour beaucoup de résidents, la MAS représente leur principal lieu de vie. Ainsi, le projet de soins fait partie intégrante de leur projet de vie.

2.1. Le cadre spatial

La MAS s'organise en différents espaces:

2.1.1. Les espaces de vie:

La structure a adopté un fonctionnement bien particulier quant à l'accueil des résidents. En effet, elle dispose d'un agrément de 42 places réparties sur deux systèmes d'accueil: un externat et un internat. L'externat compte 24 résidents répartis sur quatre unités. Elles sont proches mais indépendantes les unes des autres. Chaque unité accueille six résidents et s'organise avec un coin cuisine, un espace pour se restaurer ainsi qu'un espace d'activité et de détente avec des tapis, canapé, lit...

L'internat accueille 12 résidents répartis avec un cadre spatial semblable à celui de l'externat. Il se trouve dans un établissement juste en face de l'externat. Les chambres, quant à elles, se trouvent au niveau des étages supérieurs.

2.1.2. Les espaces professionnels et de prise en charge

Les professionnels soignants et éducatifs sont auprès des résidents toute la journée. Un bureau pour les professionnels de santé se trouve au niveau de l'internat. On y retrouve également le secrétariat et la comptable. Les professionnels paramédicaux ont leur bureau dans un troisième bâtiment présent sur le site avec le bureau du directeur ainsi que ceux des responsables des pôles soin et éducatif.

Les prises en charge paramédicales peuvent avoir lieu au sein même des unités de vie, dans le bureau, en salle Snoezelen¹, en balnéothérapie, ou bien dehors dans le jardin.

1 Cf. *infra*, définition Snoezelen II. 4. Cadre de mon intervention p.26

2.2. Le cadre temporel

Une particularité dans le fonctionnement de cette MAS, est que l'accueil se fait sur un système d'alternance. En effet, les résidents sont répartis en 6 groupes correspondant aux cinq unités internes et externes comprises. Les groupes A et B sont deux semaines d'affilée en externat et sont ensuite pris en charge deux semaines en externat. Ensuite, les groupes A1, A2, B1, B2 sont une semaine en internat et ensuite trois semaines en externat. Le changement d'unité se fait le vendredi soir.

2.2.1. Le temps du côté des résidents

Selon si le résident est en internat ou en externat, le cadre temporel change. À l'externat, la journée débute entre 8h30 et 9h15 et se termine à 16h30. Du côté de l'internat, les résidents se réveillent progressivement et prennent le petit-déjeuner entre 7h30 et 9h30.

Les repas ont lieu de 12h à 13h30. Pour les internes, le repas du soir se déroule de 18h30 à 19h45 et le coucher à partir de 20h. Les matinées et les après-midis sont destinées à des activités individuelles, en groupe, des prises en charges ainsi que des temps de toilettes et de soin.

2.2.2. Les temps institutionnels

Au niveau de l'internat et de l'externat, des réunions transdisciplinaires ont lieu les lundis à 14h. Elles réunissent les professionnels des services de soins et services éducatifs des différentes unités de vie pour transmettre les informations importantes sur les résidents.

Des réunions quotidiennes ont lieu en internat à 9h entre l'équipe de nuit et celle du matin; à 14h pour informer l'équipe de l'après-midi et enfin à 21h pour l'équipe de nuit. Pour l'externat, il s'agit de la même équipe de professionnels qui reste auprès des résidents toute la journée.

3. Projet de vie et projet de soins

3.1. Les objectifs de la MAS

En accueillant un résident, la MAS se veut d'apporter au résident l'hébergement, les soins quotidiens médicaux et paramédicaux mais également des activités dans le but de maintenir ainsi que de développer leurs acquis dans la mesure du possible afin de permettre un épanouissement personnel et apprécier le plaisir d'être ensemble.

3.2. Le résident à la MAS

Les projets de vie et projets de soins comme dit précédemment, sont entremêlés. En effet, les résidents étant très dépendants, les soins sont permanents et les professionnels médicaux se relaient jour et nuit pour entourer le résident. Ces deux projets sont voués au bien-être psychologique, physique et social du résident.

Un projet individualisé est mis en place par l'équipe pluridisciplinaire pour chaque résident et est actualisé régulièrement. Il est instauré au cours des premiers mois suite à l'admission. Ce projet prend compte des besoins médicaux, paramédicaux, et d'activités à privilégier répondant ainsi aux besoins du résident et participant à son bien-être et son plaisir.

Un conseil qui regroupe des membres de la famille, le résident, les professionnels, la direction a lieu également trois fois par an afin d'échanger sur le projet de soin et de vie du résident.

4. Cadre de mon intervention

Mon stage au sein de la MAS se déroule tous les jeudis de l'année. Le matin nous prenons en charge trois résidents. La prise en charge s'appuie sur la médiation Snoezelen dans la salle dédiée à cet effet ou bien dans la salle de psychomotricité. Cette prise en charge est réalisée en cothérapie avec la kinésithérapeute.

L'après-midi, nous effectuons des prises en charge individuelles dans le lieu de vie du résident ou bien en salle de psychomotricité.

Toute l'élaboration de ma réflexion s'est appuyée en grande partie sur mon vécu ainsi que sur les observations faites durant les séances réalisées avec la médiation Snoezelen comme support.

Le terme Snoezelen est le résultat de l'assemblage de deux mots néerlandais *Snuffelen* et *Doezelen* qui traduisent les deux axes primordiaux de cette médiation: l'exploration par les sens d'une part et tendre vers un état de bien-être et de détente d'autre part. Dans ce cadre, il est possible d'expérimenter des stimulations relatives à chacun de nos sens afin d'élargir notre perception et d'enrichir notre sensorialité. La médiation Snoezelen consiste donc en une approche éducative et est utilisée comme un appui dans le travail de conscience du corps, de l'enveloppe, et dans l'enrichissement des expériences sensorielles et motrices du patient tout cela dans l'établissement d'une relation à l'autre, de la rencontre, ainsi que l'exploration de l'aisance motrice. (Zribi & Poupée- Fontaine, 2014)

L'état de mes représentations du polyhandicap en début d'année ainsi que le cadre de mon stage long étant ainsi abordés, je peux dès maintenant vous exposer les étapes de l'établissement du lien avec le résident et de l'approche psychomotrice qui s'est peu à peu dessinée en parallèle des expériences vécues et de la réflexion menée au cours des séances successives.

PARTIE III : Un premier contact: un travail psycho-corporel du psychomotricien

J'arrive donc pour mon premier jour de stage avec mon bagage théorique et mes représentations sur le polyhandicap ainsi que ma curiosité et mon envie d'en apprendre davantage sur cette population et la place qu'occupe le psychomotricien à leur côtés.

Dans cette perspective, je vous propose dans un premier temps de vous exposer le vécu de ma première séance pour ensuite m'appuyer dessus et en extraire les points clefs qui me semblent phares dans une approche psychomotrice et qui ont également contribué à faire évoluer ma perception de la personne en situation de polyhandicap.

1. Vignette clinique, vécu de la première séance

Pour cette première journée de stage, j'ai débuté avec une séance Snoezelen au cours de laquelle j'ai pu rencontrer et accompagner une résidente.

1.1. La rencontre

J'arrive pour ma première journée de stage à la MAS. J'apprends que nous allons commencer par une prise en charge groupale en salle Snoezelen en co-thérapie avec la kinésithérapeute. Nous nous rendons dans les différentes unités de l'externat pour aller chercher les trois résidents prévus. Je les rencontre donc un à un. En entrant, je vois qu'ils sont tous en fauteuil. La psychomotricienne et la kinésithérapeute se dirigent chacune vers les résidentes et s'adressent à elle en leur expliquant la raison de leur venue et la suite des évènements. J'en suis d'ailleurs à ce moment très surprise car les résidentes ne semblent pas du tout avoir conscience de la situation et sont visiblement en incapacité de répondre. Par ce premier contact ici simplement en tant qu'observateur extérieur, j'étais curieuse de découvrir le déroulement de la séance ainsi que son contenu.

Nous arrivons donc en salle Snoezelen. Je découvre que la première étape consiste d'abord à installer une à une les résidentes. Je commence alors à prendre conscience de la situation. En effet, elles sont trois et nous sommes également trois, deux professionnelles et une stagiaire. Ma maître de stage et la kinésithérapeute me proposent de prendre Alice² dans mes bras pour pouvoir prendre en charge les deux autres résidentes. J'accepte, et sans m'y être trop préparée, je me retrouve très vite assise au bord du plan surélevé avec Alice que je reçois dans les bras. Je ne connais pas Alice, elle ne parle pas, ne bouge pas et se trouve dans un état très tendu, le regard fixe.

Je mets d'abord un peu de temps à prendre vraiment conscience de ce qui se passe. Je suis d'abord frappée par ce que je perçois d'Alice³. Son corps entier est tendu, dur, droit comme un « i ». Ses bras sont repliés sur sa poitrine et ses poignets sont figés en flexion. Ses jambes bien droites, le regard ailleurs, je n'ai à ce moment là aucun contact avec elle si ce n'est un contact tactile. Un contact d'ailleurs plutôt déstabilisant. Je me souviens avoir été pendant quelques instants dans un état de stupeur où j'étais moi-même figée; tendue face à cette personne que je ne connaissais pas et que je recevais dans mes bras.

Je me sens à ce moment démunie et coincée car je n'ai vraiment aucune idée de ce que j'allais bien pouvoir faire. Nous étions là, toutes les deux, tendues et inconnues. Je n'osais tout d'abord pas bouger par peur de faire un faux mouvement ou de lui faire mal..

Après avoir pris conscience du corps d'Alice et de son contact, je commence peu à peu à tourner mon attention sur mon propre corps. Je me rends alors compte que je suis moi-même tendue et dans une position loin d'être confortable. Sans dossier, avec Alice dans les bras telle une maman qui porte son bébé, je sens progressivement la fatigue s'installer au niveau de mes bras et de mon dos. Mes appuis sont principalement au niveau de mon assise et mes pieds ne touchent pratiquement pas le sol.

2 Pour des raisons déontologiques et par soucis de confidentialité, les prénoms apparaissant dans ce mémoire ont tous été modifiés.

3 Cf. *infra*, Annexe I : Présentation d'Alice p.I

Devant ce tableau que j'avais de nous deux, beaucoup de questions ont commencé à faire surface. Que vais-je bien pouvoir entreprendre pendant tout ce temps avec elle ? Est-ce que je vais pouvoir faire quelque chose ? Est-ce que je peux me déplacer ? Est-ce que ça ne va pas la gêner ? Finalement, je ressens à ce moment-là, cette appréhension de mal faire, de lui faire mal et je ne vois pas comment je vais pouvoir la mobiliser au vu de son état tonique.

Ce premier contact fut l'élément déclencheur de toute ma réflexion. Cette rencontre a initié tout un questionnement sur ma posture en tant que future thérapeute mais aussi en tant que personne. En effet, comment entrer en relation avec le résident qui semble ne pas être accessible, où la communication semble impossible ? Comment se préparer à la rencontre avec le polyhandicapé ? Comment s'adapter et être disponible à sa présence sans avoir de retour visible et certains de sa part ? Et bien sûr comment entrer dans l'échange avec et en l'occurrence ici avec Alice ?

1.2. Ma posture

Après cette première prise de contact, et la prise de conscience progressive d'abord de l'état de la résidente puis de ma propre posture, j'essaye de garder les idées claires et de réfléchir à la façon dont je vais pouvoir agir et accéder à une certaine détente avant de faire des propositions. Je commence donc d'abord par essayer avec précaution d'adopter une meilleure posture qui soit aussi adaptée à son état hypertonique. Je me déplace un peu plus vers l'arrière afin d'obtenir plus de surface d'appui dans ma posture assise et de libérer de l'espace pour Alice. Dans le but de détendre mon dos et mes bras, je positionne Alice de manière à ce que son dos soit adossé à mon ventre, en posture assise, et je l'entoure de mes bras. Les tensions ainsi relâchées au niveau de mon tronc, j'ai davantage conscience de mes appuis au niveau de mes membres inférieurs, de mon point d'ancrage au sol.

Je porte parallèlement mon attention sur les pensées que je peux avoir à ce moment, les images, ainsi que l'état de conscience qu'ont déclenché cette mise en situation et la vue du corps de Alice qui me paraît inerte et absente. En sentant son corps contre le mien avec les infimes mouvements de respiration et la chaleur corporelle, j'arrive à faire abstraction

des inquiétudes et de cet état de stupeur qui m'habite. Je suis donc assise, Alice se trouve en appui sur ses fessiers, le corps toujours tendu en ouverture et le dos sur mon ventre. Du fait de sa forte tonicité musculaire, elle ne peut atteindre le degré de flexion de hanche qui permet d'adopter la posture assise sans chuter en arrière. Mes bras entourent le haut de son corps. Je tourne davantage mon observation et mon écoute sur ce que peut me raconter son corps au travers de sa posture, de ses petits mouvements, de sa tension dans l'instant présent.

Ensuite, j'oriente mon attention sur mon état tonique qui jusqu'alors se trouvait être sensiblement similaire à celui d'Alice depuis que je l'avais reçue dans mes bras. Je me suis donc attelée à la tâche pour faire en sorte de moduler mon état tonique. Je tente donc de respirer plus lentement et d'être à la fois attentive aux points de contact que j'ai avec la résidente et à sa respiration.

2. La rencontre : un travail sur la posture du psychomotricien

Dans cette rencontre, j'ai pu clairement prendre conscience d'une évolution de ma posture et de mon implication dans l'échange et de la nécessité de l'engagement à la fois psychique et corporel afin de soutenir la prise en soin.

2.1. Le cadre de la rencontre: un corps à corps

La rencontre est déterminée dans le temps et dans l'espace et consiste en la découverte de quelque chose ou de quelqu'un d'inconnu. Selon le Petit Robert, rencontrer se définit par le fait de « *se trouver en présence de (qqn) par hasard* ». (Brochard & Dehais, 2013, p. 1234)

Dans le contexte précédemment décrit, la rencontre a en effet eut lieu de manière non préméditée et tout à fait imprévue. Ceci dit, c'est ce qui lui confère ce caractère marquant dans la mesure où je n'ai pu me préparer, anticiper et peut-être même éviter ce sentiment d'impuissance et de stupeur. Cette rencontre particulière s'est jouée, non pas sur les échanges

verbaux comme cela peut souvent être le cas dans la vie courante, mais sur l'échange de regards, l'échange et le contact entre nos corps et l'évolution de mes pensées.

Ce caractère inattendu de cette rencontre, je le considère aujourd'hui comme quelque chose qui a pleinement participé au processus d'ajustement de ma posture auprès des personnes en situation de polyhandicap, début d'une possible relation dans le sens où je l'entends et que j'exposerai dans la partie suivante.

Dans cette situation clinique, la rencontre est d'autant plus particulière qu'elle a lieu dans le cadre d'une prise en soin. La rencontre thérapeutique rassemble un thérapeute et son patient. Dans ce sens, le thérapeute compte sur ce premier contact pour que s'instaure un lien de confiance et de sécurité qui constitue le socle et le terreau de l'accompagnement. Aussi, la rencontre se compose d'une dimension supplémentaire qu'est l'alliance thérapeutique. Il s'agit là d'une « *collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés* ». (Bioy & Bachelart, 2010, p.317). Cette alliance est donc en quelque sorte le début d'un cheminement patient- thérapeute. Cheminement dont le thérapeute est garant et au cours duquel il se trouve être un pilier tout autant que le patient.

Dans cette perspective, et comme j'ai pu en faire concrètement l'expérience dans la situation exposée plus tôt, l'implication de soi auprès du résident en situation de polyhandicap est primordiale.

C'est donc dans ce cadre thérapeutique que je fis la rencontre d'Alice. Rencontre qui n'a pu s'appuyer sur le langage comme nous pouvons en avoir bien l'habitude. Dans ce contexte, le corps de chacune et les sens tactiles se trouvaient donc au premier plan dans la prise de contact.

J'ai ainsi pu saisir à quel point, le corps, même privé de la parole, se trouve déjà être un riche moyen de communication. En effet, « *Toutes les expressions du corps - qu'elles soient du domaine des fonctions motrices, comportementales, émotionnelles - sont « malaxées » par le psychisme et pétries de représentations symboliques* » (Potel, 2015, p.34). Le corps de l'autre, de par ses attitudes, ses postures et ses mouvements, vient faire

écho à des représentations, des souvenirs ou des vécus qui nous sont propres et qui vont contribuer à mettre du sens à ce que nous percevons de l'autre.

C'est dans cette dynamique de langage du corps que se jouent les mécanismes que j'expose ensuite et dont la prise de conscience progressive, durant cette rencontre puis tout au long de mon stage, a contribué à l'ajustement de ma posture auprès d'Alice et des autres résidents.

2.2. Un ajustement psycho-corporel: des mécanismes en jeux

Nous pouvons observer au travers de la situation clinique une évolution de ma posture auprès d'Alice. En effet, au premier contact, je suis tout d'abord comme paralysée, dans un état de stupeur. J'accède ensuite progressivement à une capacité de penser la situation afin d'adopter une écoute attentive et d'adapter au mieux mon accompagnement.

La rencontre avec la personne en situation de polyhandicap peut revêtir un caractère très particulier car elle nous place à première vue face à ce que l'on pourrait décrire comme étant une absence et peut nous renvoyer à cet état figé à la fois corporel et psychique tel que j'ai pu l'expérimenter avec Alice. Nous pouvons ici faire un lien avec la situation du bébé hypertonique dans les bras de celui qui le porte que S.B. Robert-Ouvray nous décrit dans la citation suivante :

Un bébé, hypertonique, tendu dans les bras du parent, raide comme un bout de bois, qui ne s'adapte pas aux gestes de portage, qui ne se moule pas dans les bras [...] génère des sensations et des affects très désagréables d'anxiété, d'incompréhension, d'impuissance, de rejet chez la personne qui le porte. (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011, p.158)

Aussi, au travers de cette expérience, un point qui m'a particulièrement marqué fut cette réaction inattendue et brusque de stupeur que j'ai d'abord vécue et qui a ensuite débouché sur une adaptation et une écoute progressive. J'ai donc tenté de mettre des mots et de trouver un sens à ce pas de côté que j'ai pu effectuer pour ensuite évoluer vers une posture et une présence plus adaptée. Dans ce sens, il me paraît important d'introduire ces deux concepts, d'abord introduits en psychanalyse, que sont le transfert et le contre-transfert.

2.2.1. Le transfert

« Pour la psychanalyse, le transfert est la transposition sur une autre personne (le psychanalyste) de sentiments, désirs jadis organisés ou éprouvés par rapport à des personnages très investis de l'histoire du sujet » (Molière & Friard, 2012, p 322)

Dans cette perspective, le patient, de par son attitude et sa manière de communiquer, donne une certaine image au soignant. Il se produit comme une projection sur le soignant.

Dans le cadre d'une prise en soin en psychomotricité, O. Moyano explique que :

Depuis de nombreuses années, on observe une intrication de plus en plus étroite entre les concepts psychanalytiques et ceux issus de la pratique psychomotrice. C'est ainsi que la notion de « transfert » a largement dépassé le champ du cadre analytique pour venir s'imposer dans le champ de la thérapie psychomotrice. (Grégoire, 2019, p 38).

Le transfert a donc également toute sa place dans la prise en charge en psychomotricité. Le psychomotricien rencontre le patient à un instant T avec son état émotionnel, corporel et psychologique du moment. Au travers de l'échange, le patient exprime son vécu de manière inconsciente au travers de sa manière d'être et forme ainsi un flux d'informations dirigé vers le soignant. Aussi, le corps du psychomotricien mais aussi ses émotions et ressentis tiennent ici une place importante car ils constituent le réceptacle des ressentis corporels et états émotionnels du patient. Dans cette perspective, la disponibilité psychique et corporelle du psychomotricien est primordiale afin d'accueillir ce que nous renvoie le patient.

Dans la vignette clinique décrite précédemment, nous pouvons faire des liens avec ce mécanisme dans le sens où Alice, de par son attitude et sa posture corporelle, projetait sur moi ce que je pouvais percevoir à cet instant : un corps qui me paraissait alors figé, tendu, inerte et absent. Un corps sans mouvement, avec une absence de langage. Un corps inconnu est déposé dans mes bras.

2.2.2. Le contre-transfert

Le contre-transfert selon G. Devereux se définit comme étant « *la somme des réactions conscientes et inconscientes que tout thérapeute et/ou chercheur en sciences humaines va avoir à l'égard de son patient et/ou de son objet de recherche* » (Laroche-Joubert et al., 2018, p 126). En ce sens, le psychomotricien doit se montrer attentif à ce que lui renvoie le patient. Il doit pouvoir être conscient des sensations et des émotions qui émergent en lui.

C. Potel (2015) décrit également le mécanisme de « contre-transfert corporel » qui englobe à la fois les émotions propres du psychomotricien en écho à ce qu'il perçoit ainsi que l'usage qu'il en fait par la suite dans cette dynamique de réponse au transfert.

En effet, devant la vision d'Alice et à son contact, je me suis d'abord instinctivement retrouvée dans cet état de stupeur, figée sur le plan psychique et corporel. J'avais comme incorporé cette perception visuelle mais également tactile qu'Alice me rendait. Comme l'explique bien la citation suivante : « *la tonicité se sent, se ressent, se transmet* » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011, p.158), l'état de stupeur prenait ainsi le dessus sur mes capacités à penser et à réagir. Aussi, une partie de ce que j'ai perçu chez Alice, s'est traduite et manifestée psycho- corporellement au travers de la stupeur.

Cependant, l'image du corps figé et tendu d'Alice que je percevais à cet instant était également influencée par les représentations de la personne en situation de polyhandicap ne pouvant communiquer que j'avais encore à ce stade. Le contre-transfert dans la réaction immédiate du soignant est le résultat d'une réalité et de représentations propres entremêlées. Il est donc important d'en prendre conscience et de faire le tri.

De ce fait, le contre-transfert ne se résume pas à la réaction inconsciente et immédiate que le patient peut provoquer en nous. Le propre de la pratique psychomotrice réside dans le travail et le cheminement qui découlent de ce transfert et de cette première réaction.

Ainsi, en présence d'une personne en situation de polyhandicap, le « contre-transfert corporel » que décrit C. Potel (2015), occupe une place tout aussi importante que le corps lui-même dans le déroulement de la rencontre et dans le lien qui en découle.

Il associe, aux éprouvés “empathiques” émotionnels, les éprouvés sensoriels, vécus et transmis presque parfois par contagion dans le corps du thérapeute, qui y accorde toute son attention pour les penser et les transformer en représentation, d’abord pour lui-même et ensuite pour son patient. (Potel, 2015, p 37)

Aussi, devant cette image inexpressive à laquelle je faisais face à cet instant, il a été nécessaire que je prenne du recul sur le plan émotionnel et psychique afin d’accéder à un état d’équilibre. Ayant pris conscience de mon état de stupeur, c’est la reprise de conscience progressive de mon corps qui m’a permis de retrouver un ancrage, une distance émotionnelle et des sensations corporelles telles que les points de contact avec Alice, mes appuis, ma respiration... C’est en retrouvant cette connexion corporelle que j’ai pu ensuite accéder à une détente psycho-corporelle de manière progressive.

Cependant, cet ajustement n’a pas débouché sur une posture distante où le lien et l’échange seraient coupés. Cette première réaction de stupeur m’a laissé entrevoir ce que pouvait vivre Alice dans sa situation de polyhandicap. Puis recouvrir cette qualité de conscience de mon intégrité, m’a ensuite permis d’accéder à un état de disponibilité et d’écoute tournée vers Alice: écouter et ne pas passer à côté de l’état du patient tout en gardant une distance et une disponibilité psycho-corporelle.

2.3. D’une simple présence vers une disponibilité psycho-corporelle

Dans cette rencontre, j’ai expérimenté et découvert peu à peu une posture dans laquelle mon corps a pris place. En effet, du corps absent et absorbé par la stupeur, j’ai ensuite abouti à un corps engagé. Je découvrais ainsi l’importance de l’implication corporelle et psychique du psychomotricien qui pour moi a constitué le support de l’établissement d’un lien avec Alice et d’un accompagnement le plus ajusté possible.

Pour en arriver là, j’ai pu faire un parallèle entre les étapes de mon vécu et l’évolution de l’intégration corporelle chez l’enfant qui passe du corps vécu au corps représenté. Lors de cette première rencontre, je suis repassée par ces différentes étapes avant de pouvoir m’impliquer pleinement psycho-corporellement auprès d’Alice mais également des autres résidents.

2.3.1. D'un corps vécu à un corps représenté et impliqué

Dans cette rencontre avec Alice, il a été question de réorganiser la représentation de mon corps et de son engagement dans cette situation de corps à corps qui m'était tout à fait nouvelle. Ce fut donc, en faisant un lien avec la structuration du schéma corporel de l'enfant, une expérience sensorielle et motrice qui a contribué à renforcer la conscience de mon corps.

Nous pouvons distinguer différentes étapes dans l'intégration du schéma corporel⁴ de l'enfant d'après les écrits du psychanalyste et psychiatre J. de Ajuriaguerra (2009) qui sont les suivantes :

Le corps d'abord vécu, période durant laquelle l'enfant prend progressivement conscience de son propre corps au travers d'expériences sensorielles et motrices. L'enfant, pris dans l'exploration, est confronté à différentes perceptions visuelles, tactiles, auditives... Chaque mouvement est producteur de sensations qui fument dans le corps et enrichissent le répertoire sensori-moteur et le vécu de l'enfant sans que celui-ci ne fasse de lien de cause à effet.

Dans un deuxième temps, le corps devient perçu. Dans ce sens, ce dernier ayant été confronté aux différentes stimulations de manière variée et répétée, les sensations ont progressivement été intégrées. L'enfant commence peu à peu à faire des liens et à en percevoir l'origine. Il devient capable de différencier les sensations qui émanent de son action ou bien de l'environnement dans lequel il évolue. Cette capacité progressive de différenciation contribue à la conscience de son enveloppe corporelle d'abord de manière segmentaire puis progressivement unifiée et différenciée de l'extérieur. Sa perception corporelle s'affine, il peut localiser de manière précise les différentes parties de son corps ainsi que les stimulations appliquées sur lui puis sur l'autre.

Le corps vécu et perçu devient ensuite progressivement représenté. L'enfant acquiert une image réaliste de son propre corps et peut progressivement se défaire du support visuel.

Enfin, le corps ainsi représenté devient « corps opératoire ». Dans cette perspective, l'enfant est en capacité de penser, programmer, planifier et anticiper ses actions de manière adaptée aux situations qui se présentent à lui.

4 Cf. *supra*, I. 2.2.1. Le schéma corporel p.17

Au regard de ces étapes de la structuration du schéma corporel de l'enfant que nous décrit J. de Ajuriaguerra (2009), nous pouvons relever des liens avec la situation clinique exposée plus tôt dans le cadre de la rencontre. En effet, j'ai été dans un premier temps confrontée à cet effet de « corps vécu » de par les sensations inattendues et intenses au travers de cet état de stupeur. Je ne pouvais penser mon corps. Puis, progressivement, j'ai pu progressivement me détacher de cet état émotionnel en tournant mon attention sur mon propre corps au travers de mes appuis, de ma posture et des tensions musculaires présentes au niveau de mon dos, de mes bras... Je me suis alors différenciée d'Alice sur le plan tonique et psychique et ce qu'elle pouvait provoquer en moi pour ainsi me recentrer sur mon propre corps, mon « corps perçu ». À ce stade, j'ai pu me représenter exactement la position et l'état dans lesquels j'étais. J'avais l'image mentale précise de la situation à cet instant T et j'ai pu m'appuyer sur cette dernière pour ensuite ajuster ma posture, m'adapter et agir en conséquence. Cette conscience et implication corporelle progressives se sont avérées primordiales pour établir les bases d'un échange avec Alice.

2.3.2. Une disponibilité psycho-corporelle

La disponibilité est le fait d'être « à la disposition de quelqu'un », c'est « la capacité d'éprouver » ; « l'état d'une personne que rien ne contraint », la « situation intellectuelle de celui qui est disponible » (Le Roux, 2020). Il s'agit donc d'un état à la fois physique, psychologique et émotionnel. Au début de cette rencontre, j'ai donc réagi de façon immédiate comme expliquée précédemment. Il s'agissait d'un état non choisi. En cela, je n'étais disponible ni à moi-même ni à ce qui m'entourait. Ainsi tendue, les informations provenant de l'extérieur ne pouvaient que couler sur moi. J'ai donc cherché à me raccrocher à quelque chose de concret et d'accessible.

Nos systèmes habituels sont mis à mal, et il nous faut nous centrer sur cette part souvent obscure de notre relation, développer un dialogue corporel structurant. Le contact sera donc le lot quotidien du soignant ou de l'éducateur, et doit être précis et ajusté. (Lesage, 2005, p.2).

Nos habitudes de communication sont remises en question et cela requiert une réadaptation. En effet, face à cette situation inhabituelle caractérisée par l'impossibilité de parler ou de me mettre en mouvement avec Alice, je suis donc allée chercher des appuis dans mon propre corps. Je me suis donc ouverte aux sensations que j'avais jusqu'alors occultées:

mes tensions dans mes bras et mon dos entre autres. Mon corps a pris davantage de place dans la rencontre.

Il est donc question ici d'une auto-écoute, d'une auto-observation. Comment ne pas se laisser submerger par ce que le patient fait raisonner en nous ? Comment adopter une réelle écoute dénuée de représentations ou de jugements ? Dans ce contexte, j'ai trouvé la réponse en repassant tout d'abord par mon propre corps, qui se trouvait d'abord tendu avec des tensions importantes au niveau de mes bras et de mon dos.

«*La tonicité est un baromètre interne*» (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011, p.157). La tonicité, état de tension des muscles, permanent et variable dans son intensité en fonction de nos émotions, des événements extérieurs, constitue un bon indicateur de notre disponibilité. Notre capacité à recevoir, accueillir et comprendre les informations qui viennent de l'extérieur pour pouvoir ensuite s'adapter, dépendent de notre état tonique.

Le tonus « *est une fonction, c'est-à-dire un processus qui varie sans cesse et qui supporte une disponibilité. Par mon état tonique, je suis plus ou moins « prêt à », disponible pour recevoir, réagir, agir...* » (Lesage, 2003, p.9). Aussi, un état trop tendu peut nous rendre imperméable à l'environnement tel une carapace de protection qui limite à un certain niveau une réceptivité et une écoute de qualité.

Aussi, ayant pris conscience de mon état tonique élevé, j'ai adopté une posture dans laquelle je me sentais davantage à l'aise et ancrée. Prendre une posture plus confortable m'a permis un certain relâchement tonique. Il n'était alors plus seulement question d'un corps présent dans mes bras mais il s'agissait bien, à partir de cet instant, de deux corps qui se rencontrent. J'avais en effet, une posture propice à l'accueil. Mon corps est devenu médiateur et engagé dans la rencontre. En prenant une meilleure posture, et en régulant la tonicité par le biais de la respiration et d'un retour sur mes sensations, j'ai pu me rendre disponible et à l'écoute.

Selon H.Wallon, (1942) « *Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011, p.156). Ainsi, la tonicité supporte et influence l'émotion. Dans ce sens, la tonicité perçue de manière visuelle et tactile chez Alice s'est reflétée dans mon corps et a soutenu cet état de stupeur, de malaise et d'impuissance. Or comme toute émotion s'accompagne d'un état tonique, agir sur

la tonicité modifie également l'état émotionnel. C'est ce que nous retrouvons en situation de relaxation lorsque nous recherchons la détente musculaire. Ainsi, après avoir adopté une position confortable permettant d'abaisser mes tensions corporelles, j'ai pu accéder à un état psychique détendu et disponible.

« *La présence du corps dans sa fonction de communication doit dominer la rencontre. [...] La communication non verbale correspond à 80 % de l'information émise et, de plus, elle est riche d'affectivité* » (Corraze et al., 2011, p. 298). Dans ce sens, c'est au travers du corps que s'est jouée la rencontre. La capacité du psychomotricien à accueillir le patient ne peut se faire sans l'implication de ce dernier et d'autant plus dans le cadre du polyhandicap où la communication verbale est appauvrie voire inexistante. C'est donc en passant par ce corps que j'ai pu m'ancrer dans l'instant présent, mettre à distance ce que la perception de l'état d'Alice pouvait faire résonner en moi.

La disponibilité psycho-corporelle est donc pour moi un état dans lequel le psychomotricien est pleinement engagé (dans ses postures, gestes, émotions, sensations, pensées...) avec également un recul qui lui permet d'accueillir, d'écouter et de s'adapter à la situation. Cela implique également de mettre à distance ce qui lui semble provenir de lui-même, ses représentations, afin d'adopter un regard disponible et dénué de toutes impressions qui pourraient influencer ou fausser son observation. Le corps devient donc médiateur, une antenne orientée vers le patient.

Par conséquent, au regard de ce premier contact lors de cette première séance, il a été question de prendre conscience concrètement de la place du psychomotricien, et ici de manière plus prononcée, de son corps au contact de la personne en situation de polyhandicap. À cette première question qui s'était présentée: quelle est la place du psychomotricien auprès de cette population ? Je répondrai qu'il s'agit dans un premier temps d'être ouvert à l'altérité, de se laisser surprendre par ce qui se présente et de s'en saisir. Dans ce contexte, il a par ailleurs été question de passer par une conscience psycho-corporelle pour ensuite accéder à cette dynamique d'adaptation et d'écoute attentive en fonction de la situation.

Dans la continuité de mon stage, cette première séance représente une étape dans la compréhension du polyhandicap et un point de départ dans le cadre de mon stage long. En

effet, l'évolution de ma représentation prend racine dans cette mise en disponibilité psychocorporelle, porte grande ouverte sur le chemin des possibles avec la personne en situation de polyhandicap. Ainsi, il ne s'agit pas seulement d'être présent au côté du résident afin de lui prodiguer des soins mais une réelle implication de la part du psychomotricien est nécessaire, tant corporellement que psychiquement, avec un travail sur soi qui permet d'être disponible et ouvert à la rencontre.

PARTIE IV : Le continuum rencontre-relation: un dialogue psycho-corporel.

Après cette première rencontre et l'ajustement psycho-corporel qui en a découlé de ma part, je me suis questionnée sur l'approche et l'accompagnement psychomoteur des résidents et plus particulièrement ici de Alice. En effet, comment interagir avec elle ? Y-a-t-il possibilité de communiquer et comment ? Ainsi, c'est sur les éléments survenus dans la continuité de cette rencontre décrite ultérieurement que je m'appuierai régulièrement dans cette partie pour répondre à ces questionnements.

1. Vignette clinique

*Nous en revenons donc à cet instant où **j'accède à cet état de disponibilité avec Alice qui se présente toujours sous un état hypertonique.** Dans cette position où elle est contre moi, la partie supérieur de son dos contre mon ventre, j'essaye d'entrer davantage en contact avec elle et en quelque sorte de lui communiquer de manière dynamique **mon état de détente.** Je tente avec mon corps d'établir un espace contenant afin qu'elle puisse d'une certaine manière sentir son enveloppe corporelle, sa peau, les limites de son corps. Pour cela, tout doucement, je m'enroule légèrement en rassemblant mes bras, mes jambes et mon tronc et me déroule ensuite. Pendant quelques instants, je continue à alterner ces deux états. Je m'arrête puis je commence à adopter un toucher enveloppant et contenant puis des pressions légères d'abord sur ses mains, puis ses bras, ses épaules ainsi que sur son dos. J'avais à cet instant cette image en tête de la maman qui s'occupe de son enfant et qui en prend soin.*

*Je sens ainsi une aisance qui se met progressivement en place. Je gagne en confiance, **je suis davantage détendue** et le toucher ainsi que le contact peau à peau instaurent un lien et une dynamique de mouvement dans mon corps et dans le sien. Je sens que sa peau se réchauffe petit à petit et **ses bras, jusqu'alors comme des bâtons, sont davantage mobilisables.***

*Je sens ensuite qu'Alice se tend de nouveau, j'ai donc pensé qu'elle avait peut-être besoin de changer de position comme lorsque l'on conserve trop longtemps une même posture et que l'on change pour retrouver un confort estompé. Je me déplace donc avec beaucoup moins d'appréhension et de crainte de mal faire. Je m'adresse à elle en lui expliquant que je reste derrière mais que je vais me mettre de côté pour pouvoir la voir. Le déplacement semble moins difficile, **je prends mon temps pour adopter une posture dans laquelle je me sens à l'aise. Étant moins tendue** et davantage dans cette disposition d'écoute et d'accueil, le poids du corps d'Alice est moins ressenti comme une charge qui m'est imposée. En effet, avec ce premier lien établi, son corps prenait vie dans le sens où nous venions de faire connaissance au travers du toucher et du mouvement.*

Je suis donc à la droite d'Alice, mon bras gauche se trouve derrière sa nuque, ma jambe gauche est en flexion pour accueillir son dos et mon genou droit est fléchi au niveau du bord du plan surélevé afin que mon pied puisse prendre appui sur le sol. J'ai pu croiser son regard. Regard que je n'avais pas croisé depuis mon ajustement postural suite à mon état de stupeur. Ce fut comme repartir de zéro, contrairement au premier contact visuel, il me paraît davantage habité. Plus animé et intense, son regard se porte sur moi. Nous échangeons ainsi en silence pendant quelques instants. Cet échange me conforte dans la posture que je viens d'adopter.

***Parallèlement, je sens que son corps se détend progressivement avec son dos qui se dépose davantage de tout son long sur ma jambe gauche.** J'associe cette baisse de tonus à un confort qu'elle doit éprouver. J'effectue ensuite le même toucher que les membres supérieurs mais sur les membres inférieurs toujours en lui expliquant bien les mobilisations faites. Puis, je me suis sentie assez confiante pour me déplacer avec elle plus loin sur le plan. J'adosse Alice sur des coussins pour continuer la séance.*

*Après une série de mobilisations telles que les précédentes rythmées par le contact visuel ; l'écoute corporelle ; les stimulations corporelles ; des pauses en silence ; j'ai pu constater à la fin de la séance que **Alice était en mesure d'adopter la position assise : le dos droit avec une amplitude de flexion des hanches plus importante qu'auparavant**, le regard*

porté en avant, les bras moins en flexion. Posture totalement différente comparée au début de la séance et qui me paraissait, à première vue, inenvisageable .

2. Le psychomotricien près du polyhandicapé

Comment Alice qui était tendue au point de ne pas pouvoir s'asseoir en début de séance est elle progressivement parvenue à un état de détente qui lui a permis d'adopter cette posture ? Quels ont été les appuis tout au long de la séance qui ont favorisé cet abaissement tonique ?

2.1. Une représentation qui évolue : une référence à la mère qui prend soin

« J'avais à cet instant cette image en tête de la maman qui s'occupe de son enfant et qui en prend soin. »⁵

Avec du recul, le déclencheur qui m'a permis d'entrer dans une dynamique de recherche d'un possible échange pour que la situation puisse évoluer avec Alice fut cette image que j'avais en tête de la mère s'occupant de son enfant cherchant à apaiser ses tensions et à prendre soin de lui. C'est cette image de la mère contenante qui a soutenu ma posture et mon attitude envers Alice.

Pour soutenir cette image et la posture qui en découle nous pouvons nous référer aux écrits de D.W. Winnicott (2006), pédiatre et psychanalyste, qui s'est lui-même intéressé au lien mère-enfant dans les premiers mois suivants la naissance. Période au cours de laquelle, la parole n'est pas une option, le bébé ne peut s'appuyer sur le langage oral pour s'exprimer et échanger avec la mère. En effet, il explique le concept de « la mère suffisamment bonne » : dans les premiers mois suite à la naissance, l'enfant est totalement vulnérable et dépendant de son entourage. Selon lui, la mère développe un instinct protecteur pour son enfant au travers d'une qualité d'écoute, d'empathie et de compréhension des états de ce dernier. Elle est à sa disposition, est capable de s'identifier plus ou moins à lui et de répondre de la manière la plus

⁵ Pour des raisons de clarté et afin d'appuyer efficacement mon propos, toutes les citations en italique sans référence, suite à cette note de bas de page, correspondent à des extraits de la vignette clinique de la partie correspondante.

adaptée possible aux besoins de son bébé. Cela implique chez elle de se détacher des autres préoccupations qui pourraient détourner son attention afin d'être disponible dans la relation.

« Je sens ensuite qu'Alice se tend de nouveau, j'ai donc pensé qu'elle avait peut-être besoin de changer de position comme lorsque l'on conserve trop longtemps une même posture et que l'on change pour retrouver un confort estompé. »

Mon écoute corporelle et mon observation m'ont permis de noter un recrutement tonique dans le corps d'Alice. J'ai donc donné un sens et une représentation à ce que je percevais qui ont contribué à l'adaptation de ma posture.

Nous pouvons ici citer Bion qui parle également de la relation mère-enfant. Il décrit le concept de « rêverie maternelle » comme étant la capacité de la mère à mettre un sens sur ce qu'elle perçoit chez son enfant. Aussi, il définit la fonction alpha comme le processus par lequel la mère transforme l'ensemble des éléments bruts non mentalisables par l'enfant qu'il appelle les éléments bêtas (impressions, sensations, émotions...). En effet, cette dernière perçoit les états et manifestations corporelles de son enfant et en faisant des liens avec son propre vécu, elle peut les reconnaître et les mettre en mot. Par ce biais, les impressions perçues sont ainsi converties en représentation davantage assimilable par l'enfant : les éléments alpha. (Corraze et al., 2011)

Dans la situation clinique décrite précédemment, je suis dans une proximité avec Alice dont nous avons peu l'habitude. Cette dimension du contact tactile, le fait de porter quelqu'un contre soi, se retrouve très peu dans la vie de tous les jours. Une des seules références proches de cette qualité de présence est donc celle de la mère au chevet de son enfant. L'image de la mère qui s'occupe de son enfant implique inévitablement la dimension de la relation. Il est certain que je ne considère pas l'adulte en situation de polyhandicap comme un enfant mais je fais ici un parallèle avec sa situation de grande dépendance et d'incapacité à communiquer verbalement dans la grande majorité des cas. C'est donc au travers de cette disponibilité proche de celle de la mère qu'ont décrit D.W. Winnicott et W. Bion que j'ai pu accompagner Alice dans la suite de la séance. Une disponibilité à la fois psychique et corporelle.

2.2. Le corps du psychomotricien, un support pour éprouver

Comme décrit dans la situation clinique, j'ai commencé par adopter une posture d'enroulement dans la mesure du possible compte tenu de l'état hypertonique d'Alice qui était adossée contre mon ventre. Dans ce sens, elle pouvait ressentir son enveloppe corporelle au travers du contact corps à corps. L'alternance de l'enroulement et de l'ouverture pouvait participer à cette prise de conscience des limites de son corps et des changements de sensations en présence ou absence de contact.

Ensuite, le toucher contenant et enveloppant effectué sur tout son corps a pu également contribuer à soutenir une perception plus fine de ses limites corporelles et favoriser ainsi un degré de vigilance corporelle plus important.

Au travers de ces mobilisations et propositions, nous pouvons faire le lien avec les fonctions de « *holding* » et de « *handling* » décrites par D.W. Winnicott (1992) comme étant des modalités essentielles au cours des relations précoces. Le *holding* qui peut se traduire par « maintien », désigne la qualité de portage physique et psychique de la mère au travers de sa présence, de la qualité de son contact et de son portage, de sa dimension contenante, de l'attention qu'elle lui porte et du sens qu'elle donne aux différents états de son bébé. Le *handling* signifie manier, traiter, ce terme fait allusion à la façon dont la mère est au côté de son enfant et prend soin de lui au quotidien. Au cours de la séance, il était davantage question du *holding*, le *handling* se rapportant principalement à la qualité de prise en charge de l'institution au quotidien. Le *holding* engage de manière significative les corps et plus particulièrement l'enveloppe - peau qui nous contient et nous délimite.

Ce sentiment de cohésion renforcée par la peau mais aussi par les articulations s'étaye notamment sur leur qualité tonique. Cette dernière est en lien avec le tonus de base ou de repos, permanent isométrique et involontaire qui travaille à l'unification et à l'harmonie de l'ensemble du corps. Cette qualité tonique s'étaye sur l'enveloppe corporelle et soutient le sentiment de contenance et de différenciation de l'extérieur. Elle étaye une qualité d'être à soi et d'être au monde. (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011)

D. Anzieu (1995) a également fait allusion à la « fonction contenante » de la peau dans ses écrits. En effet, il fait part de l'importance du rôle de la mère et de son *handling* dans le lien qu'elle entretient avec son enfant. Son attention et les soins corporels qu'elle lui apporte renforce la conscience qu'a le bébé de sa peau comme étant un sac qui contient et délimite son corps.

Dans ce sens, les mobilisations, ma posture d'enroulement et les stimulations tactiles que j'ai pu proposer tout au long de la séance ont pu progressivement amener Alice à écouter et tourner son attention sur les sensations corporelles et toniques éprouvées. Ces mobilisations sur l'ensemble de son corps ont pu soutenir et affiner quelque peu la conscience de son enveloppe, de ses limites et contribuer parallèlement à un abaissement tonique, une détente progressive et un sentiment d'unité corporelle. Ces mobilisations et cet abaissement tonique ont également pu alimenter une certaine confiance et une qualité de présence renforcées. Cela est notamment visible au travers de son regard qui m'a ensuite paru davantage habité et animé. Cette fonction contenante qui désigne la qualité du *holding* et du *handling* dans la posture du psychomotricien constituerait une sorte de deuxième peau du résident et participerait à soutenir l'intégration de son corps et de l'environnement.

2.3. La personne polyhandicapée en relation

2.3.1. *Une communication corporelle : le dialogue tonique.*

Lors de cette séance, nous pouvons noter la place importante que prennent le tonus ainsi que sa régulation. En effet, nous pouvons relever comme un dialogue entre Alice et moi-même qui accédons successivement à différents états toniques. Entre recrutement et abaissement tonique pour finir enfin sur un état de détente⁶, nous évoluons progressivement dans nos postures tout au long de la séance. Nous pouvons faire un parallèle avec les interactions entre la mère et son bébé que S. Robert- Ouvray (2002) et bien d'autres auteurs ont nommé « le dialogue tonique ».

⁶ La progression de nos états toniques est visible en gras cf. *supra*, vignette clinique p.35

« Pendant les premières semaines, la mère et l'enfant sont dans un système d'éprouvés toniques et sensoriels qui se transmettent sans cesse sur un mode infra-verbal » (S.Robert-Ouvray, 2002, p.93)

En effet, comme le décrit bien S. Robert-Ouvrey (2002) dans son œuvre *Intégration motrice et développement psychique*, la mère et l'enfant sont dans une certaine symbiose et communiquent de par leur corps. Le bébé, dépendant de sa mère et dépourvu de la parole, n'a d'autres possibilités que d'exprimer son vécu conscient ou inconscient au travers des variations de tensions corporelles. Le tonus devient la toile de fond de l'échange qui s'établit entre les deux individus et constitue le support de l'intégration des informations reçues. Cette variation tonique est visible au travers du toucher, des postures, des vibrations, des sensations tactiles...

« c'est le parent qui va aider l'enfant à passer d'un état de tension à un état de détente, par les gestes, les mots, le portage ». (Berthoz Alain & Joly, 2013, p.131).

Dans les premiers mois suite à sa naissance, en raison de son immaturité cérébrale, le bébé présente une hypertonie des quatre membres ainsi qu'une hypotonie de l'axe corporel figuré par la colonne vertébrale. Il n'a connaissance que de ces deux pôles toniques et communique au travers d'eux. J. de Ajuriaguerra mentionne également l'importance du dialogue tonique au travers de l'attitude de la mère qui met du sens sur la bipolarité tonique de son enfant et qui s'adapte en fonction de ce qu'elle perçoit de lui. (Berthoz Alain & Joly, 2013)

La communication se joue ainsi sur le recrutement tonique du bébé en résonance à ses besoins internes éprouvés. En effet, la mère le perçoit au travers de ses sens tactiles et visuels et répond à cet état au travers de stimulations qui viennent apaiser les tensions et étayer la perception et la conscience du corps du bébé. Ces stimulations comprennent, entre autres, la qualité de portage et de soin que sont le *holding* et le *handling* décrit par D.W. Winnicott (1992) et dont la qualité s'adapte en fonction des besoins du bébé. Nous retrouvons donc un échange, entre la mère et son bébé, fondé sur l'expression de différentes manifestations toniques.

Aussi, j'ai pu expérimenter concrètement le concept du dialogue tonique au sein de cette proximité avec Alice et en mesurer son aspect fondamental. Lorsque nous observons le déroulé de la séance, les modulations du tonus se voient être comme une trame qui a orienté la suite des évènements. Alice, au contact de mon corps progressivement détendu ; moins dur ; plus contenant et accueillant, a pu éprouver cette différence tactile et sensorielle. Ma réponse à son état hypertonique initial a été, à l'image de la mère qui cherche à apaiser les tensions de son bébé, de rechercher la détente d'abord dans mon corps et de le lui transmettre au travers des différentes mobilisations. Alice, à ce contact, a pu progressivement se déposer dans le support corporel que je lui proposais et par la suite évoluer vers la position assise. Le dialogue tonique constitue ici le support de la communication avec Alice et engage nos deux corps.

2.3.2. Le regard comme support de la relation

L'œil, organe qui sous-tend la vision, participe pleinement à l'élaboration de la relation entre la mère et l'enfant. En effet, il est un des piliers des interactions précoces qui ont lieu entre la mère et l'enfant dans les premiers mois après la naissance.

Lebovici (1987) met l'accent sur le regard comme une des formes principales de communication initiale entre le bébé et la personne privilégiée qui prend soin de lui, la considérant comme le point d'ancrage du développement de chaque enfant. (Brunstein & Nunes, 2003, p.549).

Le regard fait partie des interactions comportementales sur lesquelles la mère peut s'appuyer pour interpréter l'état émotionnel, les besoins de son enfant, ainsi que les bienfaits de sa réponse à ses manifestations corporelles. Un véritable dialogue peut alors s'établir dans cette proximité entre la mère et son bébé. Le regard du bébé est en quelque sorte un gouvernail qui va conforter plus ou moins la mère dans sa qualité de présence. Les différents signes au travers du regard tels que le degré d'ouverture des yeux, leur agitation, la fréquence de clignement, la fuite ou l'accroche du regard..., nous informe sur l'état affectif et émotionnel de la personne observée.

Par ailleurs, le regard et le visage de la mère sont également un appui pour le bébé. En effet, lorsque l'enfant regarde sa mère, « *généralement ce qu'il voit, c'est lui-même* » (Winnicott, 2006, p. 26). L'enfant, selon D.W. Winnicott (2006), voit son reflet au travers de

la mère qu'il regarde. Le visage de la mère est donc en quelque sorte le miroir de l'enfant. En lisant les besoins de ce dernier au travers de son expression corporelle, elle interprète et met des mots sur les ressentis et émotions qu'elle perçoit chez lui et qui vont figurer sur son propre visage. Le bébé va donc se référer à ce visage qui s'exprime devant lui. Ainsi, le regard participe à la construction du sentiment de sécurité et du sentiment d'être du bébé. Il est un canal par lequel passe l'affectivité, l'amour et la tendresse de la mère et que le bébé peut progressivement intégrer.

« J'ai pu croiser son regard. [...] Ce fut comme repartir de zéro, contrairement au premier contact visuel, il me paraît davantage habité. Plus animé et intense, son regard se porte sur moi. Nous échangeons ainsi en silence pendant quelques instants. Cet échange me conforte dans la posture que je viens d'adopter. »

Nous pouvons effectuer un parallèle entre cette qualité d'interaction visuelle qui soutient la relation mère-bébé, avec cet échange de regard qui est venu également soutenir l'interaction entre Alice et moi-même. En effet, j'ai pu trouver dans cet échange un appui qui est venu soutenir ma qualité d'approche. Toutes deux dans un état tonique relativement détendu à ce stade de la séance, nous étions davantage disponibles à l'autre. Par ailleurs, comme le bébé qui se voit au travers de ce qu'exprime sa mère, Alice a pu voir se manifester sur mon visage, cet état de détente et de disponibilité que je pouvais percevoir chez elle et qui était également le mien.

La détente corporelle de nos deux corps en contact ainsi accompagnée d'un regard mutuel a participé à l'instauration d'un climat de confiance et est venue soutenir la relation.

2.3.3. Dialogue tonique et intégration

Au tonus nous ne pouvons dissocier les émotions. « *L'état tonique est un mode de relation, hypertonie d'appel, hypotonie de soulagement* » (Berthoz Alain & Joly, 2013, p.18), les émotions font appel à des états toniques et inversement. Il s'agit donc d'une forme d'expression de la psyché. S.B. Robert-Ouvray (2002) parle également « d'hypertonie de besoin » et « d'hypotonie de satisfaction » lorsque la mère a répondu au besoin de son enfant.

Chacun des affects présente un niveau de tension différent selon que nous soyons en colère, joyeux, détendu, anxieux, fatigué... Aussi, en fonction des humeurs ; du niveau de fatigue ; des événements de la journée ; la mère et l'entourage vont avoir des états toniques ainsi qu'une qualité de réponse différente selon le recrutement tonique du bébé. Ce dernier va progressivement ressentir et intégrer ces variations de tension au travers du portage de la mère correspondant à ses états affectifs et émotionnels. Au fil du temps, sa perception des états toniques va s'affiner et étayer ses propres états toniques : sa bipolarité tonique s'unifie pour former progressivement un équilibre tonique s'adaptant à l'environnement. Ainsi le tonus vient étayer les sensations du bébé.

La mère perçoit un signal d'appel ou bien un état de confort au travers de l'état tonique de l'enfant et le met ainsi en mots : « tu es en colère » ; « ça va mieux »... Elle met également des mots sur son propre état affectif et émotionnel qui vont venir étayer les ressentis du bébé : « je suis fatiguée » ; « je suis pressée »... Le bébé fait progressivement des liens entre les tensions ressenties et les émotions mises en mots. Par ailleurs, de manière progressive avec la répétition des cycles composés de recrutement tonique et de détente, le bébé intègre et associe le plaisir à la détente et le besoin à l'élévation tonique. (Robert-Ouvray, 2002)

« La notion de dialogue tonique s'enrichit ainsi d'une fonction d'intégration qui devient complémentaire de sa fonction de communication » (Robert-Ouvray, 2002, p.96). Progressivement avec l'étayage verbal de la mère, le bébé intègre et peut se représenter les émotions en lien avec les sensations qu'il éprouve et qui résultent de ses états toniques.

Ainsi, le dialogue tonique qui s'est établi entre Alice et moi-même a pu soutenir l'intégration et la conscience de son corps. L'interprétation que j'ai pu faire devant les différents états toniques ressentis au contact d'Alice, s'est appuyée sur les émotions éprouvées qui en ont découlé.

« Je sens ensuite qu’Alice se tend de nouveau, j’ai donc pensé qu’elle avait peut-être besoin de changer de position comme lorsque l’on reste trop longtemps dans la même et que l’on change pour retrouver un confort estompé ».

Dans le cadre de cet exemple, le recrutement tonique a fait naître un sentiment de malaise et d’inconfort que j’ai mis en lien avec son changement tonique et interprété comme un besoin pour Alice de changer de position. Le changement de ma posture et donc de la sienne ont entraîné des modifications toniques sous-jacentes à de nouvelles sensations posturales, tactiles, visuelles... Les tensions ainsi diminuées avec une position davantage confortable, des sentiments de confort et de contentement se font ressentir en lien avec l’hypotonie de soulagement ou de satisfaction. Ces changements successifs de posture impliquent des modifications de tonicités ainsi que des sensations et émotions différentes. Aussi, dans la répétition de ces expériences de variations toniques, sensorielles et émotionnelles au sein de ce dialogue, les éprouvés ont pu contribuer à l’intégration progressive de son corps et ainsi à sa détente soutenue par nos deux corps en relation.

Par conséquent, c’est au travers de cette proximité et de ce contact corps à corps avec Alice que la relation a pris progressivement forme. Relation qui s’est étayée sur le langage de nos deux corps et entremêlée aux émotions et modulations toniques. Mon corps fut un appui dans cette dynamique d’interprétation et d’adaptation pour répondre aux manifestations que je percevais. Mes réponses ont pu engendrer des réactions de la part d’Alice qui ont ensuite influencé elles-mêmes mon comportement. L’image de la mère auprès de son enfant a nourri la qualité contenante et affective de l’interaction avec Alice et a étayé le dialogue tonique. Cela a contribué à construire une atmosphère de confiance et de sécurité dans laquelle Alice a pu se déposer et progressivement intégrer davantage son corps au fil des mobilisations l’accompagnant ainsi vers un état de détente. Il y a bien ici une forme de communication qui s’est révélée et qui demande de se rendre disponible pour s’en saisir.

J’ai donc à ce stade découvert le corps habité de la personne en situation de polyhandicap. Cette dernière communique par des biais différents de ceux dont nous avons l’habitude. En effet, la vie se définit entre autres par la présence de mouvements qui anime le corps. Aussi, dans un premier temps, Alice et d’autres résidents pouvaient me sembler jusqu’alors immobiles et figés. Cependant, c’est lorsque je fais ce pas vers eux, les laissant

entrer dans mon espace, lorsque j'adopte un regard et une observation attentive, que je peux alors percevoir les changements et mouvements de leur corps.

Ainsi, la posture du psychomotricien a pour moi évolué à partir de ce vécu. Elle réside dans le fait d'être près du résident : se mettre à sa portée dans une proximité psychocorporelle tout en ayant un recul et une distance adaptée pour entrer en relation. Le corps du psychomotricien se voit être un support de la relation, d'un dialogue. Ce corps constitue le réceptacle des sensations, émotions et états psychomoteurs du résident qui guide ensuite son action et ceci de façon renforcée par l'absence de langage. Le corps du psychomotricien reçoit ; guide ; contient ; accompagne, il est le médiateur afin que la personne en situation de polyhandicap puisse appréhender psycho-corporellement le monde.

PARTIE V : L'accompagnement psychomoteur de la personne en situation de polyhandicap : une approche inattendue

Dans cette continuité, une autre problématique s'est présentée à moi. En effet, nous étions intervenues quelquefois pour des séances individuelles au sein même des unités. Les professionnels médico-sociaux se montraient globalement très ouverts, demandeurs de conseils et intéressés devant l'approche particulière dont faisaient preuve la psychomotricienne ainsi que la kinésithérapeute auprès des résidents. De ce fait, au travers de leurs propositions, de leur façon de les mener et d'aborder les résidents, je découvrais chez elles une qualité d'approche différente des autres professionnels. Cette approche se trouvait empreinte d'une dynamique, à la fois stimulante et soutenante avec toujours cette valorisation de l'autonomie du résident dès que possible. Ces observations ont nourri ma réflexion et j'en suis alors venue à me demander quels étaient les appuis de cette qualité d'accompagnement, comment laisser « être » le résident de telle façon qu'il puisse habiter pleinement la relation ? Comment être attentive et en accord avec ses capacités afin de les soutenir ?

1. Vignette clinique

Dans cette optique, cette vignette clinique que j'ai choisi de vous exposer fut la première séance au cours de laquelle se sont posées les questions de la qualité et de la manière d'accompagner le résident. Je me suis donc orientée vers cet objectif du "faire ensemble" dans la mesure du possible et non du « faire pour » que j'avais encore en tête jusque-là. C'est auprès de Bethany⁷ que j'ai initialement découvert de façon progressive cette qualité d'approche de la personne en situation de polyhandicap.

⁷ Cf. *infra*, Annexe II : Présentation de Bethany p. III

Nous sommes en salle Snoezelen avec ma maître de stage, la kinésithérapeute et trois résidents dont Bethany. Cette dernière est installée dans un fauteuil, ne parle pas et ne bouge pas si ce n'est ses mains qui sont souvent dans sa bouche ou bien qui sont jointes et sans arrêt en mouvement.

Nous commençons à installer les résidents pour la séance et je regarde avec étonnement ma maître de stage qui lève doucement Bethany de son fauteuil et la met debout. Elle se positionne ensuite derrière elle de façon à ce que son torse soit contre son dos. Ses bras se frayent un chemin sous ceux de Bethany au niveau de ses aisselles entourant ainsi son torse pour se rejoindre et au niveau du plexus de Bethany. Je la vois donc tenir relativement bien debout. N'ayant encore jamais vu jusqu'à ce jour de résident se déplacer par la marche dans cette structure, car tous sont en fauteuil, j'en déduis donc que la psychomotricienne cherche simplement à stimuler et mobiliser Bethany. Et voilà que je la vois la faire marcher. Stupéfaite, je les regarde avancer à leur rythme, la psychomotricienne toujours positionnée derrière Bethany et probablement en train de porter son poids en plus du sien.

La séance se déroule, puis à la fin, la kinésithérapeute me propose "d'accompagner" Bethany jusqu'à son fauteuil avant de retourner sur l'unité de vie. J'acquiesce et je prends place derrière Bethany après lui avoir expliqué la suite des événements.

Dans ma tête, c'était très simple, je devais simplement la porter à l'aide de mes bras et faire avancer une de ses jambes, peu importe laquelle, en utilisant la mienne comme appui et ainsi de suite. Motivée par le souvenir de ce que j'avais cru percevoir de la marche de Bethany avec ma maître de stage, je tente donc d'avancer. Mais étonnamment, ce n'est pas si simple, le déplacement se révèle éprouvant. Le dos voûté, car Bethany était plus petite, j'avais l'impression d'avoir un bloc entre les bras. Son corps était lourd. Je suis tendue par l'effort. Je sens des tensions dans le bas de mon dos et dans mes bras. Je me tourne donc vers la kinésithérapeute à côté de moi. Cette dernière, accompagnée de la psychomotricienne, commence alors à étayer et accompagner mes gestes à l'aide de ses explications sur la posture et l'approche à adopter.

Les explications ainsi données, je sens maintenant mon bassin au niveau de celui de Bethany. Mes jambes sont légèrement fléchies et j'ai pleinement conscience de mes appuis au sol au travers de la surface de mes deux pieds. Je sens également la qualité de mon ancrage et j'ai davantage conscience de mon axe et de la position globale de mon corps. En effet, cette conscience ne se résume plus seulement à celle de mes bras qui porteraient le poids de Bethany mais à celle de l'ensemble de mon corps qui participe à l'action. La force part de mes appuis au sol ainsi que de la dynamique de mes jambes. Je sens mon dos davantage dans l'axe, légèrement penché en avant et mon ventre est en contact avec le dos de Bethany. Ma tête se trouve contre la sienne au-dessus de son épaule gauche. L'effort ainsi réparti dans tout mon corps, mes bras sont fermes pour soutenir Bethany mais également détendus pour permettre une mobilité. Mes mains sont jointes juste en dessous de son plexus solaire.

Dans la répétition au fil des séances, je fais de moins en moins la marche à sa place. Je suis davantage sensible à son intention. Je "tâtonne" et expérimente avec l'aide de mon corps et plus particulièrement de mes hanches d'abord d'un côté puis de l'autre: "où est-ce que le mouvement semble le plus à même d'être initié?" C'est sur la répartition de son tonus et l'intensité de l'ancrage de ses deux membres inférieurs que je m'appuie pour initier son mouvement avec l'aide d'une de mes hanches. Aussi, si Bethany n'avance pas sa jambe, je continue d'être à l'écoute de son état corporel jusqu'à trouver de quel côté le mouvement est plus à même de s'initier pour pouvoir le soutenir.

Cette approche, basée sur l'écoute ainsi que la conscience globale de mon propre corps et de celui de Bethany, est devenue avec le temps une vraie gymnastique psychocorporelle. La marche gagne progressivement en fluidité. En effet, je ne porte pas Bethany, je la soutiens à l'aide de ma présence à la fois ancrée et mobile. Mes efforts s'en retrouvent donc diminués.

Au regard de cette expérience, il est à considérer le fait que la situation demandait une certaine expérience qui passait par le savoir de la kinésithérapeute. En effet, il s'agissait ici d'un déplacement qui requiert une certaine connaissance de la fonctionnalité musculaire nécessaire à l'action. Cependant, j'y ai trouvé la place de la psychomotricité au travers d'une attitude intègre contenant et enveloppante ainsi que d'une écoute attentive de nos deux

corps. Cette approche s'est pour moi montrée nécessaire et d'autant plus indispensable dans ce contexte complexe qu'est la marche où s'entremêle l'aspect kinésithérapeutique. En effet, cette qualité d'approche à la fois corporelle et psychologique ont constitué mon appui pour adapter mon mouvement et laisser la place à celui de Bethany tout en le soutenant. Nous retrouvons en ce sens la place d'une intégrité psychomotrice, socle du mouvement, et qui participe pleinement à son déroulement.

2. La fonction de différenciation dans l'approche du psychomotricien : tenir compte des capacités du résident et soutenir sa conscience de lui-même.

C'est par l'appropriation subjective de son corps - avoir un corps qui devient de plus en plus autonome et au service du désir de la découverte, des expériences et de la curiosité - que l'enfant prend possession de lui-même. En d'autres termes, qu'il devient sujet de son désir, être vivant, différencié et séparé. (Potel, 2019, p.85)

D'après cette citation, la différenciation, selon C. Potel, repose sur la capacité à ressentir et à se représenter son corps distinct de celui de l'autre ; à pouvoir se détacher progressivement de l'autre comme étant un appui et un soutien jusqu'alors et faire par soi-même. Nous pouvons le définir comme l'acquisition de la conscience de son propre corps et de l'utiliser comme référence. Cette différenciation s'appuie également selon C. Potel sur les explorations et les expériences vécues. Dans le cadre de la relation mère-enfant, cela implique une évolution de la situation de symbiose des premiers mois vers une séparation au cours de laquelle le bébé se différencie et devient progressivement autonome. Dans le cadre du polyhandicap, l'acquisition d'une autonomie est fortement entravée par la manifestation des diverses déficiences et donc par le manque d'expériences sensori-motrices. Cependant, malgré ce frein très souvent conséquent, la personne en situation de polyhandicap présente tout de même des capacités les plus infimes soient-elles.

Dans le cadre de la vignette clinique exposée ci-dessus, il a été question pour moi d'effectuer cette différenciation malgré la dépendance de Bethany et de me faire davantage support de ses capacités pour lui laisser sa place dans l'action et l'échange.

C'est cette expérience de la marche avec Bethany qui a initié ma réflexion et m'a conduite à me demander quels ont été les appuis qui ont soutenu, selon moi, cette différenciation que je développerai dans cette partie.

2.1. L'intégration du corps entier dans l'action

Nous pouvons noter une évolution au travers de la vignette clinique quant à la manière dont mon corps est investi dans l'action. En effet, je porte Bethany dans un premier temps à l'aide de mes bras puis c'est ensuite tout mon corps qui accompagne le mouvement de la marche.

« En effet, cette conscience ne se résume plus seulement à celle de mes bras qui porteraient le poids de Bethany mais à celle de l'ensemble de mon corps qui participe à l'action. »

Au travers de cette expérience de la marche, j'ai pu réellement comprendre l'importance de l'implication de tout le corps dans la pratique psychomotrice. Nous avons pu jusqu'ici découvrir ce dernier comme étant un appui pour entrer dans une dynamique de disponibilité d'écoute et enfin de communication avec le polyhandicapé. Mais le corps du psychomotricien se fait également support du mouvement et de l'action du résident. *« Dans ce dispositif théorique, il intègre son propre corps, son propre investissement spatial, ses propres mouvements, sa propre tonicité, ses propres ressentis et éprouvés corporels. »* (Potel, 2019, p. 359). Le corps du psychomotricien représente son point d'ancrage pour ressentir, soutenir et accompagner. La conscience fine qu'il a de chacun de ses segments corporels dans l'espace, permet d'en avoir une représentation mentale précise. Cette dernière représente un appui pour mener à bien une action. En effet, afin d'accompagner la marche de Bethany, il a fallu que je passe par une représentation consciente corporelle et sensorielle des différentes étapes qui la composent. J'ai pu me représenter la marche avec l'abaissement tonique au niveau de la jambe qui va effectuer le pas en avant, ceci sous tendu par un déséquilibre et un appui qui devient plus conséquent sur l'autre jambe: la jambe d'appui.

« Ses buts, ses projets : aider le patient à se construire dans les limites plus tranquilles et plus sécurisantes » (Potel, 2019, p. 360). Dans ce sens, la qualité de présence corporelle qu'adopte le psychomotricien, venant ainsi soutenir la conscience fine qu'il a de

son corps et la représentation mentale qu'il s'en fait, ne soutiendrait-elle pas le résident à habiter lui-même davantage son corps ? En effet, le psychomotricien est alors en capacité d'accueillir les expressions corporelles du patient et de les étayer de par son accompagnement corporel.

« C'est sur la répartition de son tonus et l'intensité de l'ancrage de ses deux membres inférieurs que je m'appuie pour initier son mouvement avec l'aide d'une de mes hanches »

Avec Bethany, j'étais ainsi progressivement plus à même de percevoir cette organisation et modulation tonique que demande l'action de la marche et ainsi de la soutenir avec mon corps en accompagnant, par exemple, l'avancée de la jambe moins tonique avec la mienne et en soutenant ses point d'appuis sur l'autre hémicorps...

Le dialogue tonique ainsi établi entre Bethany et moi même m'a donc permis d'adapter ma réponse tonique. À présent consciente du corps de Bethany, j'ai pu penser son expression corporelle et ce que je ressentais d'elle avant d'agir en conséquence. Cela marque une évolution par rapport à ma première réaction qui avait été de la porter avec mes bras. Cet « appareil à penser » du psychomotricien, participe au processus de différenciation car il permet d'établir un espace dans lequel il prend en compte l'expression du patient auquel il peut apporter du sens par son accompagnement. (Potel, 2019)

Aussi, avec Bethany, j'ai pu percevoir le niveau tonique dans chacune de ses jambes au travers de mon corps et ainsi penser avec laquelle la marche était à même de pouvoir s'initier le plus naturellement. Sur cet étayage corporel, le patient trouve un appui sécurisant et peut davantage prendre conscience de tout son corps. Bethany a pu sentir, entre autres, ma jambe qui accompagnait l'abaissement tonique dans la sienne en soutenant le mouvement naturel qui s'ensuit vers l'avant. Passer ainsi d'une action accompagnée par la seule force de mes bras, à une action accompagnée par l'ensemble de mon corps en lien avec Bethany, a pu contribuer à une conscience renforcée de ses propres limites corporelles.

2.2. La verticalité ; le mouvement de la marche

« *Le projet de la mécanique motrice du bébé est une amélioration progressive du contrôle postural contre la pesanteur grâce à une organisation motrice qui va dans le sens de l'érection du corps dans l'espace.* » (Robert-Ouvray, 2002, p.41). La verticalité résulte de l'équilibre fait entre la force musculaire et la pesanteur. Cela implique une capacité de régulation tonique qui soutient à la fois la prise d'appui au sol et du repoussé pour s'en extraire et se tenir droit.

La verticalité est soutenue par l'axe corporel représenté anatomiquement par le tronc, le cou et la tête. Il relie notre tête à notre bassin par le biais de la colonne vertébrale. Cet axe est intégré dans les premiers mois du développement du bébé. C'est sur ce dernier que vont venir s'intégrer progressivement les notions d'enroulement, de rassemblement, de symétrie du corps ; de haut et bas du corps ; de coordination dans les torsions... C'est autour de cet axe qui se forme peu à peu que l'enfant se découvre, prend du plaisir, s'approprie son corps dans l'espace et se sent exister. Cet axe ainsi formé, soutenu par un tonus progressivement unifié en lien avec la maturation neurologique et consolidé par la répétition des mouvements, constitue le support de l'accès à la verticalité. (Robert-Ouvray, 2002)

Par ailleurs, « *l'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation* » (Bullinger, 1998, p. 34). La structuration de l'axe corporel amène progressivement l'individu à s'élever du sol et, de manière symbolique, à s'affirmer comme un individu unique et différent de l'autre. La posture debout amène au mouvement de la marche qui permet d'évoluer dans le milieu, de s'éloigner ou bien de se rapprocher d'un repère tel l'enfant qui se sépare progressivement de sa mère dans une dynamique d'émancipation afin d'explorer l'espace toujours plus loin. Le mouvement et sa répétition participe ainsi à la prise de conscience de son propre corps qui évolue dans l'espace. La marche est un processus qui soutient le sentiment d'être. (Ponton & Glon, 2015)

Aussi, au travers du vécu de la marche, la posture debout et la tenue de l'axe m'ont permis de venir chercher des appuis et une force dans mes jambes ainsi que dans l'aspect solide du sol. Ces appuis solides ont contribué à apporter une stabilité physique et psychique et sont ainsi venus renforcer cette conscience du soi différent de l'autre. Par ailleurs, Bethany qui est en capacité d'accéder à la marche avec de l'aide, a dans ce sens une certaine notion de

l'axe et de ce processus qui permet de se détacher du sol, de s'ériger et ainsi de se différencier de l'autre.

D'autre part, dans le cadre du polyhandicap, l'acquisition de la verticalité et du maintien de l'axe est souvent très fortement entravée. Le corps ainsi conscientisé du psychomotricien représente un appui et un médiateur qui vient étayer cette conscience que peut avoir la personne en situation de polyhandicap de ses appuis, de leur solidité, de la régulation tonique et des transferts de poids amenant le déséquilibre et initiant ainsi la marche. Cet étayage permet, au travers du lien, de venir soutenir, affiner et orienter l'attention de Bethany sur ses différents segments corporels en mouvement.

Enfin, la marche de plus en plus fluide et assurée dans le temps peut être le signe d'une conscience accentuée que Bethany a intégrée de son propre corps. Cette conscience accentuée a pu contribuer chez elle à une appropriation et une dynamique plus soutenue de sa marche.

La marche et la notion de verticalité au côté de Bethany ont donc pu contribuer à renforcer la conscience chez chacune de son propre corps, de son altérité, et ainsi favoriser un accompagnement et un soutien des capacités de la résidente.

2.3. Entre espace et relation

L'espace est une notion qui participe également à cette conscience du soi comme étant différente de l'autre.

J'aborderai ici l'espace au travers de la notion de distance qui sépare deux individus. Pour cela je m'appuierai sur le livre *La dimension cachée* (1971) de E. T Hall, anthropologue, qui aborde entre autres les relations sociales et interpersonnelles dans le cadre du concept de la « proxémie » qu'il définit comme étant « *l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique* » (Hall, 1971, p.13). Dans cette perspective, il décrit dans son livre quatre types de distances relationnelles que sont les suivantes :

La distance intime est caractérisée par la proximité de l'autre dans notre espace intime. Dans cette situation, notre perception sensorielle (vision, odorat, toucher) est imprégnée de cette présence. La distance intime peut être proche : « *cette distance est celle de l'acte sexuel et de la lutte, celle à laquelle on reconforte et on protège* » (Hall, 1971, p.147). Dans ce cas, la communication réside principalement dans le contact tactile et les autres sens sont tous nettement impliqués si ce n'est la vision. Par ailleurs, la distance intime sous le mode éloigné (15 - 40 cm) désigne les situations où le contact corps à corps est toujours présent mais il n'engage pas tous les segments corporels. Ce modèle proxémique se retrouve principalement au sein des relations familiales et amoureuses.

La distance personnelle (45 - 125 cm) se caractérise par une distance entre deux corps sans-contact pouvant se matérialiser par la longueur d'un bras. Dans cette situation, la voix et la vision entrent davantage en jeu dans la relation. En effet, le visage de l'autre nous apparaît nettement dans la situation proche. Dans la situation éloignée, c'est le corps entier que nous pouvons voir et le ton de la voix est modéré. Ce type de distance se retrouve dans les relations amicales et affectives ou dans les conversations personnelles.

La distance sociale (1,20m - 3,60m) marque « *la limite du pouvoir sur autrui* » (Hall, 1971, p.152). Les corps ne sont plus en contact, la distance entre les individus est conséquente, le ton de la voix est normal et le corps de l'interlocuteur entre entièrement dans notre champ visuel. Notre vision est d'ailleurs moins détaillée du fait de la distance. Ce type de distance se retrouve entre autres dans les relations professionnelles.

Enfin, la distance publique (3,6m - 7,5m et plus), demande de hausser la voix pour se faire entendre. Cette distance sous sa forme la plus éloignée caractérise la distance qui sépare les personnes importantes et officielles. Ce type de distance peut se retrouver dans les discours, dans les jeux d'acteurs.

Ainsi, la distance est une notion fondamentale qui impacte la manière d'entrer en communication et qui caractérise le type de relation qui s'établit avec autrui. Dans le cadre du polyhandicap, la parole est, dans la majorité des cas, absente et le déficit moteur demande également un accompagnement quotidien, un soutien et un étayage corporel qui nous amène à adopter une proximité de type personnelle, voire intime.

Dans cette expérience de la marche avec Bethany, est venue se poser la question de l'utilisation de l'espace. Nos corps sont, dans cette expérience, moins en contact. Nous pouvons ici faire le lien avec le concept de distance intime plus éloignée (15 - 40cm) voire la distance personnelle proche (45cm).

« Je “tâtonne” et expérimente avec l'aide de mon corps et plus particulièrement de mes hanches d'abord d'un côté puis de l'autre: “où est-ce que le mouvement semble le plus à même d'être initié ?” C'est sur la répartition de son tonus et l'intensité de l'ancrage de ses deux membres inférieurs que je m'appuie pour initier son mouvement avec l'aide d'une de mes hanches. Aussi, si Bethany n'avance pas sa jambe, je continue d'être à l'écoute de son état corporel jusqu'à trouver de quel côté le mouvement est plus à même de s'initier pour pouvoir le soutenir. »

Dans cet extrait, nous pouvons observer une dynamique de “conversation” corporelle. Un espace physique s'est formé : chacun peut supporter son propre poids. Je soutiens Bethany pour qu'elle ne chute pas mais elle peut tout de même maintenir la station debout sans que ce soit un effort pour moi de l'accompagner dans la marche. Ainsi, chacun détient son espace proportionnellement à ses capacités. Par ailleurs, la recherche de l'intention de Bethany, avec le dialogue tonique comme support, est soutenue par la distance entre nos corps au sein de laquelle l'expression corporelle de Bethany a toute sa place et est écoutée. En effet, si je sens une opposition tonique d'une de ses jambes, j'attends et je réitère mon soutien ou bien je tourne mon attention vers l'autre jambe et son niveau tonique afin d'accompagner le mouvement plutôt de ce côté. Un dialogue corporel ainsi qu'une écoute se sont donc progressivement instaurées sur lesquelles je me suis appuyée pour suivre et soutenir les attitudes et manifestations toniques de Bethany.

En découvrant cet espace avec Bethany, cela est venu nourrir ma réflexion sur la façon de l'utiliser et de l'habiter dans le lien avec la personne en situation de polyhandicap. La distance étant principalement de type intime, comment, dans cette optique de différenciation et du “faire ensemble”, amener, non seulement Bethany mais tous les autres résidents quelque soient leurs capacités, à s'approprier leur espace ?

Aussi, en m'appuyant sur les vécus des précédentes vignettes cliniques, je répondrais qu'il me paraît important de pouvoir naviguer entre les différentes distances intimes, personnelles et autres afin de faire ressentir aux résidents, au travers de notre présence proche ou plus distante, leurs propres capacités. En effet, en étant continuellement dans la proximité intime en corps à corps, cela peut amener une fusion et une difficulté de différencier ce qui vient de l'un ou de l'autre. Cela a pu se retrouver dans ma première réaction de stupeur aux côtés d'Alice. Réaction qui s'est ensuite régulée grâce aux changements de position et à la communication corporelle qui s'est progressivement établie. Cette dernière a donné lieu à des modulations toniques qui ont ainsi instaurés une distance également modulable nous permettant d'avoir chacune notre espace.

Par la suite, avec l'accompagnement de Bethany à la marche, j'ai davantage découvert cette notion de l'espace et son importance dans la conscience d'un soi différencié de l'autre. En effet, la distance entre nos deux corps étant plus conséquente, cela a soutenu la possibilité d'avoir une vision et une écoute plus globale de son corps ainsi que de ses expressions toniques. J'ai pu m'approprier l'espace et moduler la distance entre nos deux corps en fonction des besoins que je pouvais percevoir chez elle. En effet, lorsque je sentais une opposition tonique, des tremblements légers au niveau des deux jambes ou bien un certain affaissement, je prêtai davantage mon corps comme appui pour qu'elle puisse se reposer et se sentir soutenue. À contrario, lorsque je la sentais assurée dans ses appuis, stable et que nous étions bien accordées dans le déplacement, je pouvais davantage détacher mon corps du sien. Nous avançons ainsi dans ce processus de la marche et dans cette dynamique du "faire ensemble".

L'enfant s'entraîne, il y passe du temps, il y a là toute une connaissance qui s'engage entre l'enfant et son espace qui va organiser sa connaissance de lui-même et de son corps, son schéma corporel dans l'espace. (Potel, 2019, p. 140).

En effet, selon C. Potel, l'enfant qui explore les mouvements dans l'espace et ceci dans la répétition, intègre peu à peu les sensations corporelles, visuelles, vestibulaires... qui en découlent et les identifie comme étant les siennes.

Aussi, au travers de la marche au cours des séances successives, Bethany a pu ressentir ses sensations corporelles provoquées par le déplacement dans l'espace et par les

modulations de la distance entre nos deux corps. Ceci a donc pu contribuer à une conscience affinée d'elle-même.

2.4. La relation marquée par la temporalité.

Le temps est une notion fondamentale dans la conscience d'un soi différencié de l'autre. Le bébé, déjà dans le ventre de sa mère, est soumis à la temporalité au travers des battements du cœur, des mouvements de la mère, des rythmes veille / sommeil...ses besoins sont immédiatement assouvis compte tenu du contexte intra-utérin.

Ensuite, dans les premiers mois de sa vie, le bébé est dans la dynamique du vécu. Il vit et expérimente le temps qui passe au travers de sensations rythmées de façon binaire en tout ou rien tel que la faim / la satiété ; veille / sommeil ; le plaisir / le déplaisir selon les deux pôles hypotonique / hypertonique. Son corps intègre progressivement la notion de rythme au travers de ses diverses sensations internes. Parallèlement, le bébé découvre également la temporalité au travers la notion de distance qui sépare le corps de la mère de celui de son bébé. En effet, le temps de réponse de la mère aux besoins de ce dernier n'est pas immédiat, le bébé le perçoit peu à peu et intègre ainsi la notion du rythme extérieur en lien avec la présence / absence de sa mère et le rythme au sein même de la relation. (Potel, 2019)

C. Potel (2019) insiste également sur le fait que la mère parfaite n'existe pas. Il lui faut parfois plusieurs jours après la naissance pour comprendre le rythme de son enfant et pouvoir y répondre de façon adaptée. Il faut donc un temps pour pouvoir se mettre à son rythme et s'accorder dans la relation.

À l'image de ce lien rythmique qui s'établit peu à peu entre la mère et son bébé, je me suis tout d'abord trouvée indécise auprès de Bethany dans cette expérience de la marche. J'avais du mal à m'accorder, ce qui se traduisait, dans un premier temps, par une tendance à initier la marche à mon propre rythme dictée par l'automatisme de ce mouvement bien intégré.

« Il s'agit de se prêter au tempo de l'autre, tout en sachant faire respecter le sien ; accepter les discontinuités, les prises de distance sans qu'elles entachent la continuité, la proximité » (Célérier, 2009, p.17). Comme l'exprime M.C. Célérier, j'ai pu expérimenter cette notion d'adaptation rythmique et de rencontre de Bethany dans sa propre temporalité. Il m'a fallu d'abord quelques instants pour me mettre à son écoute comme la mère peut également en faire l'expérience au cours des premiers jours après la naissance. Puis à force de répétitions, j'ai pu progressivement rejoindre et soutenir son tempo. Cela a demandé entre autres d'accepter de prendre le temps; de ralentir; de prendre en compte les petits détails et signes corporels; de vivre le mouvement dans l'instant présent sans "être dans le faire" pour atteindre un objectif. Cette adaptation à ce tempo, plus lent que le mien, n'a pas été source de discontinuité dans le sens où elle est venue renforcer le lien avec Bethany au travers de ma capacité progressive à accompagner et soutenir les siennes.

Ensuite, selon S.B. Robert-Ouvray (2002), cet équilibre rythmique enfin trouvé, la mère va dans un premier temps répondre rapidement aux besoins de l'enfant pour ensuite intégrer peu à peu le temps de l'attente permettant de basculer vers un "rythme ternaire". Ce "rythme ternaire" qui se caractérise par un temps de réponse plus ou moins long intégré par la mère dans le lien avec son bébé, vient soutenir le processus de différenciation car le bébé intègre peu à peu, grâce à cette temporalité, ses différentes sensations qu'il a le temps d'éprouver.

Aussi, dans ce contexte de la marche aux côtés de Bethany, la distance présente entre nos deux corps participe au fait que ma réponse au niveau tonique perçue dans les membres de Bethany ne peut être immédiate. De plus, l'écoute fine de la répartition tonique dans son corps, entraîne un temps d'attente dans mon adaptation. Ainsi, cela contribue à ce que Bethany ressente ses propres tensions et qu'elle puisse y mettre du sens lorsque j'accompagne le mouvement de sa jambe. Parallèlement, le rythme de sa marche entrecoupé de temps de repos a également pu lui permettre de soutenir la conscience de son propre tempo de marche et d'intégrer ses sensations éprouvées.

Selon C. Potel (2019), lorsque l'enfant grandit, il découvre dans la répétition des mouvements, au travers des retournements ; de la marche ; des expériences sensorielles et motrices perçues ; une temporalité qu'il s'approprie progressivement et qui se fonde sur ce

temps d'abord vécu dans les premiers mois de sa vie. Le corps se coordonne lui-même et séparément de la mère. Il évolue et est modelé jusque dans ses mouvements par le temps que l'enfant perçoit progressivement. Aussi, c'est dans la sécurité de la relation avec la mère et par la suite dans ce processus progressif de séparation et de répétition que l'enfant peut trouver son propre tempo au travers de ses propres expérimentations.

Avec Bethany, au fur et à mesure des séances et de la répétition de cette action qu'est la marche, le geste est devenu, comme dit précédemment, de plus en plus fluide. Un lien de confiance et de sécurité a pu progressivement s'instaurer. M'ajuster à son tempo dans la répétition a pu également venir soutenir et accentuer la conscience qu'a Bethany de son propre tempo ce qui lui a permis de l'intégrer progressivement.

Ainsi, le dialogue tonique, l'espace et l'accordage rythmique dans le lien avec Bethany ont contribué à ce que chacune puisse se sentir différente de l'autre, ce qui a également soutenu l'accompagnement de la marche à son rythme. Dans l'optique du "faire ensemble" il serait donc question, de par l'accordage tonique, de trouver un rythme accordé au tempo de la personne polyhandicapée.

Pour conclure cette partie, toutes ces notions abordées que sont entre autres l'espace ; le rythme; la verticalité mais aussi la représentation mentale de son corps en interaction, concourent à la conscience d'un soi différent de l'autre. Dans ce sens, le psychomotricien, en s'appuyant sur l'accordage tonique, se fait support des capacités du patient en situation de polyhandicap et l'accompagne dans une approche caractérisée par le "faire ensemble". Ainsi, le lien établi entre le psychomotricien et le résident contribue également à soutenir chez ce dernier une conscience plus fine de son propre corps.

PARTIE VI : Vers un déploiement des capacités

Suite à l'appropriation de cette nouvelle approche, j'ai pu voir une émergence de capacités au cours des séances. Je me suis donc questionnée sur ce qui a pu contribuer, dans la relation avec Bethany, à ce que ce potentiel s'exprime.

1. Vignette clinique

Bethany est couchée sur le dos, ses jambes ainsi que ses bras sont fléchis et ses mains sont jointes devant son visage. Ses mains ainsi que sa bouche sont pris de mouvements répétitifs. Ses yeux sont fixés sur ses mains. Bethany paraît tendue et crispée.

Dans le but de l'accompagner vers une détente corporelle, j'utilise d'abord une marionnette avec laquelle j'essaye d'attirer son regard en la faisant bouger et parler avec des intonations différentes au-dessus d'elle. Bethany finit par détacher son regard de ses mains et à le diriger sur la marionnette. Je continue donc avec cette dernière puis j'observe que les mains de Bethany se sont relâchées.

Puis je passe ensuite la marionnette sur le visage de Bethany. À l'aide de ce médiateur, fait d'un tissu plutôt doux, je dessine des chemins sur son visage: son contour, le contour de la bouche, je fais des spirales, je passe sur son nez...J'observe ainsi que les mouvements de sa bouche se calment progressivement.

Ensuite, dans le but de favoriser une unité corporelle dans ce travail de détente et de conscience, j'effectue progressivement des pressions avec mes mains puis des mobilisations lentes et répétées des différentes parties de son corps les unes après les autres.

Bethany a fermé les yeux, sa bouche est entrouverte. Un de ses bras se trouve sur son ventre, l'autre est étendu le long de son corps. Ses jambes d'abord fléchies et en appuis sur les pieds sont maintenant étendues sur la plateforme. Je note également une respiration plus

lente et profonde avec son ventre qui se soulève de façon beaucoup moins saccadé et davantage continu.

Juste à côté de nous, sur la droite de Bethany, se trouvait Marie, une autre résidente, allongée sur le côté gauche au niveau de Bethany. Je m'adresse donc à Bethany en lui proposant de se retourner sur le côté pour pouvoir faire face à cette dernière. Je commence donc à préparer le déplacement en m'appuyant sur le dialogue tonique. Je l'aide alors à fléchir sa jambe gauche qui reste en appui sur le plan. Puis, dans l'optique d'accompagner son déplacement du début à la fin, je commence à appliquer une pression sur sa hanche gauche pour initier le retournement.

J'ai alors été très surprise. Sans que je ne fasse rien, Bethany s'est retournée d'elle-même et a continué le mouvement que je commençais tout juste à initier pour se retrouver face à Marie. Sans soutien, ni aide de ma part, Bethany avait bougé et déplacé son corps comme elle ne l'avait encore jamais fait jusque là.

2. L'émergence des capacités : les appuis

2.1. Le développement psychomoteur

Le développement psychomoteur est un processus qui englobe à la fois une évolution des capacités psychiques et motrices. L'être humain est alors en mesure d'élaborer des projets psycho-moteurs. Le projet psychique se caractérise par la capacité de se sentir exister, en sécurité et de pouvoir être en interaction dans un environnement qui nous est familier. Mais il s'agit également de pouvoir explorer, de se tourner vers l'inconnu tout en gardant cette stabilité et cet équilibre interne et psychique. Le projet moteur quant à lui, se définit comme la capacité à progressivement contrôler sa force musculaire afin de maintenir des postures contre les forces de pesanteur, ainsi que de soutenir un mouvement volontaire. Le bébé parvient progressivement à ce contrôle de par la maturation neurologique, l'équilibration de son niveau tonique corporel mais également au travers de ses expériences motrices et sensorielles répétées. (Robert-Ouvray, 2002).

Le développement moteur étant ainsi en partie préprogrammé car dépendant de la maturation neurologique, chaque individu présente les mêmes grandes étapes de développement moteur avec un rythme similaire mais à la fois propre. L'enfant découvre d'abord ses mains, puis ses pieds en s'enroulant. Il découvre également l'axialité dans la différenciation progressive de sa gauche et de sa droite. Parallèlement, le haut et le bas du corps se différencient peu à peu le long de l'axe corporel. Puis le bébé s'approprie les mouvements de torsion qui lui permettent de basculer sur le côté et d'accéder plus tard aux retournements. Le bébé évolue dans cette dynamique jusqu'à pouvoir se mettre debout et marcher. (Robert-Ouvray, 2002).

Aussi, l'enfant polyhandicapé, certes, présente des déficiences sensorielles et motrices qui perturbent de façon plus ou moins importante son développement et la perception de son propre corps. Cependant, une approche psychomotrice qui vient l'accompagner dans l'exploration et la répétition du mouvement et ceci dans des différents niveaux d'acquisition motrice, contribue à l'intégration des sensations éprouvées. L'enfant ou l'adulte en situation de polyhandicap ayant progressivement intégré ces schèmes peut ensuite les retrouver de lui-même.

Selon S. Robert-Ouvray (2002), le bébé possède une perception primitive de ses capacités de mouvement corporel par rapport à l'organisation axiale de son corps. De là découlerait une première stabilité psychique qui prend racine dans ce corps et dans les mouvements relationnels tel que l'enroulement et l'ouverture, l'absence ou la présence de l'objet... Ces premières perceptions et capacités psycho-corporelles sont ensuite unifiées et enrichies par les expériences sensorielles et motrices, par la maturation neurologique ainsi que par la relation avec un environnement contenant et sûr. Ainsi, au fur et à mesure que s'établit une unité corporelle, s'établit une unité psychologique, une sécurité interne, et une conscience de soi.

Dans la vignette clinique précédemment exposée, malgré la situation de polyhandicap de Bethany et en référence aux écrits de S. Robert-Ouvray (2002), cette dernière a pu également s'appuyer sur cette conscience primitive de son corps et de cet axe autour duquel peuvent s'organiser des mouvements tels que le retournement. Cette préconscience a donc pu soutenir son action lors de cette séance.

2.2. Du développement psychomoteur vers la relation versus de la relation vers le développement psychomoteur

Dans ses écrits sur le « développement postural », A. Bullinger (1998), expose le rôle important que joue l'acquisition progressive du contrôle postural dans l'accès à la dimension relationnelle. En effet, selon lui les mouvements de rotation autour de l'axe et de dissociation entre les ceintures au niveau des épaules et des hanches, constituent des points d'appuis pour s'ouvrir, explorer et agir sur l'extérieur.

Aussi, le développement psychomoteur représente un appui essentiel dans la capacité d'interagir, de se mouvoir, d'influer sur le milieu et donc de se sentir être. Les coordinations motrices permettent la relation avec l'environnement ; l'acquisition de la position assise permet d'agir sur le milieu et la position debout de se déplacer et d'interagir également.

Inversement, ce développement s'appuie également sur un environnement qui se trouve être stimulant et sécurisant. « *Une autonomie bien intégrée ne peut se construire qu'à partir du sentiment d'être soi, et celui-ci ne peut naître que de l'appui que l'on trouve auprès d'un autre, en général l'adulte* » (Potel, 2019, p. 93). Par ailleurs, selon A. Bullinger (1998), le « développement postural » prend également racine dans la capacité de régulation tonique. Cette dernière s'acquiert entre autres dans le dialogue tonique qui s'établit avec la mère. Dans ce sens, la présence de l'autre peut être une stimulation motivant le mouvement et donc être un support sur lequel peut s'enraciner le développement psychomoteur.

Aussi, après avoir vécu plusieurs séances Snoezelen en présence de deux autres résidentes, de moi même, de ma maître de stage et de la kinésithérapeute, Bethany a pu développer une assurance, se familiariser avec le cadre et l'approche proposée et développer le plaisir de la relation à l'autre. Son mouvement de retournement a pu être motivé, entre autres, par le cadre sécurisant de la séance ainsi que par la recherche d'une interaction avec Marie qui se trouvait à côté d'elle.

2.3. Une mémoire tonique et corporelle

« Le corps apprend et garde en mémoire, dans sa texture et tessiture tégumentaire, musculaire et osseuse. Le tonus est la toile de fond historique du corps, le tissu où s'est imprimé la préhistoire du sujet » (Potel, 2019, p. 124).

Selon C. Potel, le corps est modelé par les expériences sensorielles et toniques vécues dès la naissance. Le corps intègre le vécu et le mémorise.

Probablement que l'ensemble des séances vécues jusque-là avec Bethany avec les divers retournements et stimulations sensorimotrices au travers des schèmes moteurs explorés ont participé et sont venus soutenir son initiative motrice.

Par ailleurs, les stimulations sensorielles proposées au début de la séance et au cours des précédentes sur l'ensemble de son corps, ont également pu être intégrées progressivement et enrichissant ainsi sa mémoire corporelle et la conscience de son propre corps. Cette mémoire corporelle a pu, dans ce sens, soutenir le mouvement de retournement de part une conscience accentuée de la localisation de ses membres.

Toujours dans cette perspective de mémoire tonique et corporelle, la notion de corps en interaction occupe également une place importante à ne pas négliger. En effet, comme nous avons pu le voir, le dialogue tonique se trouve au cœur du lien établi avec la personne en situation de polyhandicap. Aussi, ayant déjà vécu plusieurs séances avec Bethany, le contact de nos deux corps; la manière dont j'entre en contact avec elle ; le lien qui s'est établi entre nous et qui s'appuie sur ce dialogue tonique, ont pu également pétrir et imprégner sa mémoire corporelle et tonique. Aussi, cette mémoire du lien a pu également soutenir cette émergence de potentiel chez Bethany.

Conclusion

Les questionnements, la réflexion et l'analyse du lien qui s'est progressivement établi auprès de la personne en situation de polyhandicap et notamment auprès d'Alice et de Bethany m'ont permis de prendre conscience de l'élan vital qui les anime.

Le déclencheur de l'élaboration de mon mémoire a pris naissance dans cette première rencontre inopinée au cours de laquelle s'est posée la question des possibilités éventuelles d'instauration d'une communication avec Alice.

De ce premier questionnement découle le fil rouge de ce mémoire qui entremêle le travail introspectif du psychomotricien vers une implication psycho-corporelle ; l'établissement d'un lien avec le résident ; et l'appropriation progressive d'une approche qui prend en compte l'altérité pour la soutenir dans son expression.

La relation a d'abord pris racine dans la rencontre et l'accueil de l'autre. Cet autre qui se trouve être inconnu et vulnérable pouvant ainsi faire écho à des ressentis déstabilisants. C'est dans cette rencontre que s'est jouée la qualité du lien qui en a découlé et qui s'est en premier lieu ancré dans une disponibilité et une écoute psycho corporelle de ma part.

Le lien ainsi établi a d'abord pris forme dans le corps à corps avec le résident. C'est alors que les grandes fonctions psychomotrices que sont le corps ; le tonus et le dialogue ; l'espace ; le temps ; le développement psychomoteur et la mémoire ont progressivement pris sens au travers de l'interaction et sont venus étayer la conscience d'un soi différent de l'autre. À l'image du détachement progressif et naturel entre la mère et son bébé, l'élaboration de ce mémoire a suivi et accompagné ce processus qui s'est joué et qui m'a conduit de la fusion vers la différenciation avec la personne en situation de polyhandicap.

Cette approche clinique, qui a progressivement pris forme en lien avec l'évolution de la relation, s'est appuyée sur cette conscience de l'altérité afin de soutenir et d'accompagner le résident dans son intégrité psychomotrice.

Cette approche ainsi fondée sur un lien de confiance et qui s'appuie sur un accordage psycho corporel au sein duquel les ressources et capacités du résident sont recherchées et prises en compte, contribue au maintien et à l'émergence des capacités du résident.

Ce stage de troisième année auprès de la personne polyhandicapée m'a permis de découvrir, d'apprendre, d'analyser et de me représenter la relation sous un regard différent. Il est également venu soutenir la prise de conscience, et l'élaboration d'une clinique psychomotrice propre et vouée à évoluer et s'adapter en fonction des prochaines expériences vécues.

Bibliographie

Ajuriaguerra, J. de. (2009). L'enfant et son corps. Dans : *Corps, tonus et psychomotricité* . (Vol. 1, p. 197-214). Vernazobres-Grego.

Anzieu, D. (1995). Fonctions du Moi-peau. Dans : *Le Moi-peau* (p. 119-138). Dunod.

Assistance Publique Hôpitaux de Paris. (1999). *Qu'est-ce que l'arthrodèse et quels sont les risques de cette intervention chirurgicale ? - Mal de dos ou Lombalgies en 100 questions*. rhumatisme.net. https://www.rhumatismes.net/index.php?id_q=227

Bahi-Buisso, N. (2021, 11 avril). Le syndrome de Rett. *Association Française du syndrome de Rett*. <https://afsr.fr/le-syndrome-de-rett/>

Berthoz Alain, & Joly, F., Association « Corps et Psyché ». (2013). *Développement corporel et relation avec autrui : [Actes du] colloque des 1er et 2 juillet 2010 au Collège de France en hommage à Julian de Ajuriaguerra*. Éditions du Papyrus.

Bertrand, N. (2018). Transformation des représentations sur le handicap chez des élèves de cycle 3 : l'impact de la mise en situation. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, N°82(2), 79-94. <https://doi.org/10.3917/nresi.082.0079>

Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.
<https://doi.org/10.1051/ppsy/2010494317>

Brochard, M.-J., & Dehais, A. (2013). *Le Petit Robert micro : Dictionnaire d'apprentissage de la langue française* (Le Robert, Vol. 3).

Brunstein, C. & Tiellet Nunes, M. L. (2003). Attention visuelle et interaction mère/bébé : signaux précoces de la capacité à voir le monde. *La psychiatrie de l'enfant*, 46(2), 549-577. <https://doi.org/10.3917/psy.462.0549>

Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35.
<https://doi.org/10.3406/enfan.1998.3091>

Organisation mondiale de la santé. (s. d.). *Définition : Les déficiences intellectuelles*. Bureau régional de l'Europe. <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

Camberlein, P. (2015). 3. Les différentes déficiences. Dans : P. Camberlein, *Politiques et dispositifs du handicap en France* (p.12-17). Paris : Dunod
<https://www.cairn.info/politiques-et-dispositifs-du-handicap-en-france--9782100710089page-12.htm>

Camberlein, P., Ponsot, G. (2017). *La personne polyhandicapée : La connaître, l'accompagner, la soigner*. Dunod.

Célérier, M. C. (2009). La vie, une question de tempo. *Champ psychosomatique*, n°54(2), 9-25. <https://doi.org/10.3917/cpsy.054.0009>

CNRS. (2012). *DÉFICIENCE : Définition de DÉFICIENCE*. Dans *CNRTL*. <https://www.cnrtl.fr/definition/d%C3%A9ficiency>

Corraze, J., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Gatecel, A. (2011). La relation en psychomotricité. Dans : Philippe Scialom, P., Giromini, F., et Albaret, J-M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 287-307). Solal.

Giordan, A. (2008). *Le modèle allostérique et les théories contemporaines sur l'apprentissage*. Laboratoire de Didactique et d'Épistémologie des Sciences. http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/giordan/LDES/publi/rech/th_app.htm

Giromini, F., Albaret, J.-M., & Scialom, P. (2015). Le polyhandicap. Dans : *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Clinique et thérapeutiques* (Vol. 3, p139 – 146).

Deboeck

Grégoire, A. (2019). *Penser la relation thérapeutique pour mieux panser : L'histoire d'une rencontre en pédopsychiatrie*. Mémoire de Diplôme d'État de Psychomotricité. Sorbonne Université, Paris. Consulté le 14/02/2021 à l'adresse:

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274563/document>

Groupe Polyhandicap France. (2002). *Définition du polyhandicap*. Comité d'Études, d'Éducation et de Soins auprès des Personnes Polyhandicapées.

<https://www.cesap.asso.fr/recherche-informations-pratiques/autresproductions/1018-definition-s-du-polyhandicap-2>

Hall, E. T. (1971). Les distances chez l'homme. Dans : *La dimension cachée*; (p. 143-160). Éditions Points.

Haute Autorité de Santé en ligne. (2016, décembre 13). *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées—Volet Ehpad*. Haute Autorité de Santé.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833796/fr/reperage-des-deficiences-sensorielles-et-accompagnement-des-personnes-qui-en-sont-atteintes-dans-les-etablissements-pour-personnes-agees-volet-ehpad

Institut national de la santé et de la recherche médicale. (s. d.). *Encéphalite à herpès simplex*.

Orphanet. https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Expert=1930&lng=FR

Laroche-Joubert, M., Feldman, M. & Moro, M. (2018). L'étude du contretransfert : une relance de la pensée face aux dyades traumatisées. *Dialogue*, n°219(1), 125-138. <https://doi.org/10.3917/dia.219.0125>

Le Roux. (2020, 6 juillet). *Disponibilité : définition de « disponibilité »*. Dans : *Dictionnaire —La langue française*. <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/disponibilite>

Lesage, B. (2003). FMPMC - PS - *Dialogue corporel et danse-thérapie—Éléments théorico-cliniques Psychomotricité première année*. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/danseth/POLY.Chp.1.html>

Lesage, B. (2005). Article : Corps et polyhandicap. *Le corps en place et la place du corps dans la relation avec la personne polyhandicapée*. <https://www.irpecor.com/articles- formations-danse-therapie-psychomotricite-structuration-psychocorporelle/12-article-corps-et-polyhandicap.html>

Molière, F. & Friard, D. (2012). Transfert. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 322-325). Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0322>

- Pépin, M. (2017). *D'un bloc je suis, solide je reste : Thérapie psychomotrice auprès d'enfants présentant des troubles du comportement et abordant une carapace tonique*. Mémoire de Diplôme d'État de Psychomotricien. Sorbonne Université, Paris.
Consulté le 9/02/2021 à l'adresse :
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615643/document>
- Ponton, G., & Glon, M. (2015). Le principe du vivant. *Repères, cahier de danse*, n° 35(1), 7-9. <https://doi.org/10.3917/reper.035.0007>
- Potel, C. (2015). Le contre-transfert corporel. Dans : *Du contre-transfert corporel : Une clinique psychothérapique du corps* (p. 111-124). Érès.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* ([Nouvelle édition augmentée]). Éditions érès.
- Robert-Ouvray, S. B. (2002). *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité* (2^e édition révisée). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B., & Servant-Laval, A. (2011). Le tonus et la psychomotricité. Dans : Philippe Scialom, P., Giromini, F., et Albaret, J-M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 145-177). Solal.
- Winnicott, D. W. (1992). Importance d'un environnement sain dans la petite enfance (1967). Dans *Le bébé et sa mère* (p. 89-100). Payot.

Winnicott, D. W. (2001). Le bébé en tant que personne. Dans : *L'enfant et le monde extérieur : Le développement des relations* (p. 103-111). Payot et Rivages.

Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Payot.

Zribi, G., & Poupée- Fontaine, D. (2014). *Le dictionnaire du handicap* (7ème édition). Presse de l'EHESP.

Annexe

Annexe I. Présentation d'Alice

Alice est une adulte de trente deux ans. Ses parents sont séparés. Fille unique, elle vit chez sa mère qui travaille à temps partiel pour pouvoir s'occuper d'elle.

Sur le plan médical, Alice est née à terme. Après deux semaines apparaît un état de mal convulsif qui permet de poser le diagnostic d'encéphalopathie herpétique.

L'encéphalite herpétique est une infection cérébrale due à l'herpès virus simplex type 1 (HVS-1) Elle survient à tout âge, mais l'incidence est plus élevée chez les enfants de moins de 3 ans (primo-infection) ou chez les adultes de plus de 50 ans (récurrence vraisemblable), et se présente comme une encéphalite aiguë nécrosante temporale. Elle est de début rapide (moins de 48 heures), avec fièvre à 40° C, céphalées, troubles du caractère, du langage et de la mémoire. Puis, à la phase d'état, une obnubilation précède le coma, qui peut s'accompagner de convulsions ou de paralysies. (Institut national de la santé et de la recherche médicale, s. d.)

Sur le plan symptomatique, suite à cette affection, Alice présente une tétraparésie spastique qui est une paralysie partielle des quatre membres. La spasticité se caractérise par un niveau tonique élevé à l'origine de contractions qui résistent à l'étirement. Des injections de toxines botuliques sont réalisées tous les 4 mois aux muscles du cou et des bras. Elle présente également une hypotonie axiale entraînant une forte cyphose thoracique. L'épilepsie est aujourd'hui stabilisée. Elle porte également des lunettes pour cause de strabisme.

Au niveau de son parcours, elle a d'abord été suivie par un Comité d'Étude, d'Éducation et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées (CESAP) à domicile, est allée en crèche de 2 ans à 3 ans puis en Institut d'Éducation Motrice (IEM) pour arriver à la MAS en 2011 à 22 ans avec un accueil en alternance internat 15 jours / externat 15 jours.

Alice est une jeune femme assez mince, et de petite taille. Elle est sensible et expressive par ses mimiques, son regard et ses émotions (pleurs, sourires). Elle peut émettre quelques vocalises.

Alice présente un motricité volontaire très pauvre des membres et n'a pas acquis la préhension. Elle peut maintenir sa tête mais pas de façon prolongée et peut légèrement la mobiliser

et tourner son regard vers ce qui l'intéresse. Elle est installée dans un fauteuil roulant manuel avec un corset siège et est dépendante pour tous ses déplacements.

En psychomotricité, Alice n'ayant pas la possibilité de découvrir son corps par elle-même, l'objectif est de lui permettre de faire des expériences sensorielles et motrices pour renforcer la conscience de son corps et amener un relâchement tonique. Cette détente peut lui permettre ensuite d'explorer d'autres mouvements difficiles en temps normal dans le contexte de son hypertonie.

Annexe II. Présentation de Bethany

Bethany est une jeune femme de 28 ans. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux enfants. La famille d'origine portugaise est en France depuis 1988.

Bethany est atteinte du syndrome de Rett :

Le syndrome de Rett typique est une encéphalopathie neurodéveloppementale très particulière, touchant essentiellement les filles, caractérisée, dans sa forme typique, par une décélération globale du développement psychomoteur, puis d'une perte des acquisitions cognitives et motrices, survenant après une période de développement normal. (Bahi-Buisson, 2021).

Sur le plan médical, elle pesait trois kilos cinq cent à la naissance. À l'âge d'un an, les parents remarquent qu'elle perd des premiers acquis de préhension. À l'âge de 18 mois, elle présente un retard psychomoteur. Bethany marchera vers 23 mois. À l'âge de 3 ans apparaît une épilepsie qui est aujourd'hui stabilisée. Elle présente également des problèmes d'ostéoporose ainsi qu'une arthrodèse.

L'arthrodèse a pour but de fusionner deux ou plusieurs vertèbres afin de supprimer toute mobilité entre elles. Pour rigidifier un segment de colonne vertébrale, une greffe osseuse (habituellement prélevée sur la crête de l'os iliaque, partie saillante du bassin et proche de l'incision lombaire du chirurgien) est fixée sur les vertèbres concernées. Dans la plupart des cas, cette greffe osseuse est complétée par une fixation avec du matériel métallique pour stabiliser les vertèbres le temps que la greffe consolide. (Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 1999)

Au niveau de son parcours, elle démarre une prise en charge à l'hôpital, une pathologie autistique est alors suspectée. Elle est ensuite accueillie en Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce (CAMSP) où elle est suivie par une psychothérapeute à raison de 3 fois par semaine. Le diagnostic de syndrome de Rett est évoqué à l'âge de 4 ans et établi en 2001 à l'âge de 8 ans. Elle entre en Institut Médico-Pédagogique (IMP) à l'âge de 6 ans après une longue recherche pour trouver une place dans un établissement. Elle entre à la MAS à l'âge de 20 ans et est accueillie sur un rythme internat 15 jours / externat 15 jours.

Bethany est une jeune femme sensible à l'ambiance et l'atmosphère de la pièce dans laquelle elle est. Elle ne parle pas mais est en capacité de répondre à des questions simples par des mouvements des yeux et de la tête lorsque ses yeux ne sont pas rivés sur ses mains qui se manipulent entre elles. Elle peut vocaliser pour exprimer ses besoin de manger, de changer de position,...

Elle est installée en fauteuil roulant manuel avec corset siège intégré. Tous ses déplacements se font avec l'aide d'une tierce personne. Elle dispose de bonnes capacités de marche en étant soutenue par quelqu'un placé derrière elle. Au sol, elle présente une motricité très pauvre et ses capacités de préhensions sont très limitées en raison de son syndrome de Rett. Ses mains se manipulent l'une l'autre de façon stéréotypée une grande partie du temps. Elle peut parfois porter les deux mains à sa bouche et se mordre ou à ses cheveux et se gratter énergiquement la tête.

En psychomotricité, nous cherchons entre autres à apporter chez Bethany, tout en étant dans la relation, un état de détente qui se traduit par une détente soudaine de ses membres supérieurs, un regard plus en relation et des vocalises. Il s'agit également d'apporter une contenance, un sentiment de sécurité dans un lien de confiance établi avec elle et ainsi favoriser et soutenir son interaction avec l'environnement et les résidents autour d'elle.

Résumé

J'ai débuté mon stage en début d'année avec un bagage de connaissances et une représentation bien modeste de la personne en situation de polyhandicap et de la place du psychomotricien auprès de cette population.

C'est au travers de la rencontre avec Alice et Bethany et d'un perpétuel questionnement, que j'ai progressivement découvert la richesse d'un lien unique qui peut s'établir avec chacune des personnes en situation de polyhandicap. Ce lien s'est édifié en parallèle d'une approche clinique psychomotrice qui s'est elle-même progressivement élaborée et ajustée dans cette dynamique interactionnelle.

Le lien qui lie le psychomotricien et le patient est le terreau dans lequel prend naissance un accompagnement adapté et de qualité voué ensuite à évoluer selon les expériences vécues.

Je souhaite montrer dans ce mémoire, les étapes et appuis qui sont venus soutenir l'établissement du lien et de l'approche psychomotrice contribuant ainsi à l'expression et l'épanouissement de la personne polyhandicapée.

Mots clés : Le polyhandicap, la représentation, la disponibilité psycho-corporelle, le lien, le dialogue tonique, la clinique psychomotrice.

Summary

I first started my internship this year with very modest knowledge and representations of people with multiple disabilities and of the role of the psychomotor therapist with them.

It is through the meeting with Alice and Bethany and a perpetual questioning, that I gradually discovered the richness of a unique link that can be established with each person with multiple disabilities. This link was established in parallel with a psychomotor clinical approach which itself gradually developed and adjusted in this interactional dynamic.

The link that binds the psychomotor therapist and the patient is the soil in which a suitable and quality support is born and then doomed to evolve according to lived experiences.

I want to show in this thesis, the steps and the supports that came to support the establishment of the link and the psychomotor approach thus contributing to the expression and development of the person with multiple disabilities.

Keywords : polyhandicap ; the mental representation, the psycho-bodily availability, the link, the toned dialogue, the psychomotor clinic.