



HAL
open science

”Ce corps qui est le mien” - L’accompagnement en psychomotricité dans la vie affective et sexuelle de jeunes adultes en situation de handicap moteur

Amandine Albert

► **To cite this version:**

Amandine Albert. ”Ce corps qui est le mien” - L’accompagnement en psychomotricité dans la vie affective et sexuelle de jeunes adultes en situation de handicap moteur. Sciences de l’Homme et Société. 2022. dumas-03713880

HAL Id: dumas-03713880

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03713880>

Submitted on 5 Jul 2022

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

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

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé – Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« Ce corps qui est le mien »

**L'accompagnement en psychomotricité dans la vie affective et
sexuelle de jeunes adultes en situation de handicap moteur**

ALBERT Amandine

Née le 12 avril 1999 à Pessac (33)

Directrice de Mémoire : Mme KASDORF Idrisse

Juin 2022

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Idrisse Kasdorf, pour son accompagnement tout au long de l'année vers l'élaboration de ce mémoire et dans les moments de doute que j'ai pu traverser.

Je remercie également mes maîtres de stage qui m'ont accueillie et tant apporté, Alice, Fanny, Florence, Jean-Claude, Sandrine et Sophie. Merci pour vos précieux conseils, vos relectures, pour vos idées, merci de m'avoir donné une envie encore plus forte de pratiquer mon futur métier.

A tous les professionnels et les patients que j'ai pu rencontrer durant mes trois années de formation et qui m'ont permis de partager un bout de leur quotidien, merci. Merci de m'avoir permis d'apprendre tant de choses à vos côtés.

Je tiens également à témoigner ma reconnaissance à toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux et aux intervenants pour leurs enseignements et leur adaptation à ce contexte de pandémie.

A mes camarades de promotion, sans qui ces années auraient été bien différentes. Merci à cette promotion formidable pour ces moments partagés.

Pour finir, je tiens à remercier ma famille, mes amis qui ont toujours été un véritable soutien pour moi. Merci pour votre patience durant toutes ces années, sans vous je n'en serais pas là aujourd'hui.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Avant-propos	4
Introduction	5
I. Le handicap moteur : définitions et répercussions	7
I.1. Généralités sur le handicap moteur.....	7
I.2. Symptomatologies et comorbidités.....	16
I.3. Les répercussions du handicap moteur sur le développement psychomoteur du jeune adulte	17
II. La vie affective et sexuelle	38
II.1. Le développement psycho-affectif.....	38
II.2. La psychogenèse de l'identité sexuelle.....	40
II.3. Le corps à l'adolescence.....	46
II.4. La sexualité et le handicap moteur.....	49
III. Les spécificités du psychomotricien dans la prise en soin de jeunes adultes en situation de handicap moteur	56
III.1. Présentation de l'institution.....	56
III.2. La place de la psychomotricité.....	58
III.3. Etudes de cas.....	61
III.4. L'apport de la psychomotricité vers une sexualité épanouie.....	73
Conclusion	78
Bibliographie	80
Annexes	89
Annexe n°1 : Julie, 19 ans et 5 mois.....	89
Annexe n°2 : Julie, 19 ans et 8 mois.....	90
Annexe n°3 : Ambre, 20 ans et 10 mois.....	91
Annexe n°4 : Glossaire.....	92
Table des matières	94

Avant-propos

« Le corps, c'est toute une histoire.

Le corps, c'est une apparence, c'est une mouvance, ça donne une forme et une image de soi.

C'est notre signature au monde.

C'est un signe de l'être, c'est une exigence à être.

Le corps signe notre identité, il la transcende.

Il porte en lui notre être profond, il le définit, parfois il le subit.

Il peut se faire lourdeur de vivre.

Le corps est fait de chair et de sang, de muscles et d'os.

Il est fait aussi de pensées et de mots.

Le corps est notre concrétude, notre réalité.

Il garde en lui tout le poids, lourdeur ou légèreté, de nos émotions.

Le corps porte notre histoire. Une histoire individuelle, une histoire de transmission singulière.

Le corps porte des histoires, des histoires de famille, de culture et de groupe.

Il porte en lui la mémoire des disparus.

Entre vivants et morts, le corps est un messenger...

Messenger parfois entendu, parfois ignoré, parfois resté énigmatique comme en attente d'être déchiffré...

Notre corps raconte notre histoire.

Le corps c'est toute une histoire. »

(Potel, 2019a, p. 24)

Introduction

Au cours de l'été 2021, je suis animatrice dans des séjours adaptés auprès d'une population d'adultes en situation de handicap mental. Je partage leur quotidien et leur intimité durant quarante-cinq jours. Cette position d'aidante, dans des situations de grande dépendance, vient bousculer mes représentations et les questionnements m'envahissent. Immersée dans leur intimité, je m'interroge sur leur vie affective et sexuelle.

Ce questionnement est également revenu lors de mes stages. J'effectue ceux-ci au sein d'un cabinet libéral, en néonatalogie, dans un centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (CMPEA), ainsi qu'au sein d'un institut d'éducation motrice (IEM). Lors de mes stages, j'ai pu m'apercevoir que la sexualité, de manière générale, était un thème très peu abordé et lorsqu'il l'était, il pouvait mettre mal à l'aise, tant la personne concernée que son entourage ou les professionnels. Cette thématique nécessite d'être au clair avec le corps et de pouvoir en parler dans sa dimension sexuelle. D'un point de vue sociétal, dès lors que nous parlons de personnes en situation de handicap, nous faisons face à des tabous et à toute une série de clichés liés à leurs différents niveaux de dépendance. La personne est confrontée au regard des autres et aux représentations qu'ils ont d'elle. Cela est en partie dû aux manques d'informations et d'outils, de représentations et d'éducation, et parfois, à la résistance des institutions face à l'éducation sexuelle. Notre quotidien manque d'images sur le handicap, il n'y en a que très peu d'illustrations à la télé ou au cinéma. Nous sommes finalement peu aidés pour construire des représentations à ce sujet. Et ce que nous ne connaissons pas fait peur.

Malgré cela, le voile tend à se lever avec des congrès portant sur la sexualité, des films et des séries, qui même s'ils restent en minorité, mettent en avant des personnes en situation de handicap et leur vie affective. Il est important d'aborder la sexualité des personnes en situation de handicap dans ses dimensions à la fois sociale, psychique et médicale.

Il est indispensable d'informer, de sensibiliser et d'accompagner les personnes en situation de handicap moteur dans leurs spécificités en lien avec leur vie affective. Ces personnes reçoivent fréquemment des soins, leur corps est en permanence mobilisé. Il devient alors objet de rééducation, ne leur appartient plus vraiment, ils peuvent le

délaisser et ne pas chercher à l'explorer. Le corps peut également être synonyme de douleurs.

J'en suis donc venue à me demander comment la psychomotricité, par son approche corporelle et globale, peut-elle aider les personnes en situation de handicap moteur à s'approprier, se réapproprier leur corps ? Comment aborder, en séance, ce corps qui peut être instrumentalisé ? Quel regard spécifique le psychomotricien peut-il apporter ?

Plus particulièrement, de quelle manière le psychomotricien peut-il aider à l'accompagnement de la vie affective et sexuelle des jeunes adultes en situation de handicap moteur ?

L'abord du corps est un élément central en psychomotricité, il est aussi au carrefour de la vie affective et sexuelle. Comment aborder ce corps en psychomotricité ? Comment se construire un corps sensoriel ? Comment construire un corps de désir ? Comment le rapport au corps se construit-il dans le handicap ? Comment peut-il plaire ? Comment avoir envie de plaire ?

C'est avec l'objectif d'apporter des réponses ou des pistes de réflexion à ces questions que j'en suis venue à poser l'hypothèse suivante concernant l'approche du psychomotricien : le rôle du psychomotricien ne devrait-il pas être non seulement d'aider la personne en situation de handicap à ressentir son corps, mais également d'aider à la construction d'une image du corps ? Il existe de nombreux liens entre le développement psychomoteur et le développement de la vie affective et sexuelle, notamment au niveau de la construction de l'image du corps, autour du vécu corporel des composantes de l'image du corps, au niveau des expérimentations corporelles et sensorielles, au niveau du corps en relation, etc.

Pour étayer mes propos, je présenterai dans une première partie le handicap moteur, dans une deuxième partie la vie affective et sexuelle, et dans une dernière partie l'accompagnement du psychomotricien dans la vie affective et sexuelle des jeunes adultes en situation de handicap moteur.

I. Le handicap moteur : définitions et répercussions

I.1. Généralités sur le handicap moteur

I.1.1. Le handicap

Le terme « handicap » vient de l'anglais « Hand in cap » (littéralement « la main dans le chapeau »), qui prend son origine dans les jeux de hasard puis plus tard dans les jeux hippiques et met en avant l'égalité des chances. Les chevaux les plus performants étaient lestés de poids pour limiter leurs capacités et être au niveau des chevaux moins performants (Crété, 2007). Selon Mathias Crété, ce « handicap » fait état d'une gêne, d'une infériorité qui, avec le temps, s'est généralisée aux hommes montrant différentes formes d'infériorité. Le handicap tel qu'on le connaît aujourd'hui porte toujours le poids de l'inégalité. On parle également de situation de handicap (Crété, 2007). La définition du handicap a beaucoup évolué dans le temps, de nombreuses définitions se sont succédé.

Selon l'OMS, la Classification internationale du handicap (CIH) donne, en 1980, la définition suivante : « *est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises* » (Camberlein, 2019, p. 8). Ici, l'OMS introduit les enfants avec la notion de scolarité. Philip N.Wood dans (Camberlein, 2019, p. 8-9) définit le handicap par trois caractéristiques principales :

- La déficience, qui correspond à « *toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique qui représente une perturbation congénitale ou acquise permanente ou temporaire* ». Nous voyons que cela met en avant une notion anatomique, organique.
- L'incapacité, qui est une résultante de la déficience. Elle correspond à « *une réduction ou impossibilité à accomplir certaines activités ou gestes de la vie quotidienne considérés comme normaux* ». L'incapacité est une notion fonctionnelle.

- Le désavantage, qui est une conséquence de l'incapacité, « *limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe, et des facteurs socio-culturels* »

Selon la Classification internationale du handicap et de la santé (CIF), élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le « *handicap sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activités ou les restrictions de participation* » (Weltgesundheitsorganisation, 2001). La CIF inclut un aspect social à la définition.

En 1998, Fougeyrollas, ajoute à l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs sociaux et environnementaux, les habitudes de vie, c'est-à-dire tout ce qui est propre au sujet et à sa culture et va influencer sa manière d'aborder les loisirs, l'alimentation ou encore la sexualité (Stiker & Zucman, 2021, p. 55).

En France, l'article L.114 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées affirme que « *constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005). Ce modèle donne une importance aux facteurs sociaux et environnementaux dans le processus de production des handicaps et donc implique une lutte contre les barrières sociales (Stiker & Zucman, 2021, p. 55). Si les difficultés ne sont pas prises en compte, cela peut générer un handicap social. Le fait d'inclure la société dans la définition permet de prendre en compte ces difficultés.

L'Organisation des nations unies (ONU) donne également une définition du handicap : « *par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* » (Nations Unies, 2006).

A ces notions de handicap s'ajoutent celles de :

- Plurihandicap, qui est « *l'association circonstancielle de handicaps physiques (par exemple surdité + cécité)* » (Zucman & Spinga, 1985, p. 2) et « *se définit comme l'association circonstancielle d'un ou de plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles. Par exemple, les surdicécités = association d'une déficience auditive grave et d'une déficience visuelle* » (Bonnotte et al., 2015, p. 139).
- Surhandicap, qui est « *une surcharge progressive d'une déficience physique ou psychique par des troubles d'apprentissage ou par des troubles relationnels* » (Zucman & Spinga, 1985, p. 2) et « *est généralement compris comme l'aggravation d'un handicap existant par les difficultés relationnelles qu'il provoque. Il se rencontre, par exemple, chez les jeunes handicapés mentaux qui subissent des stimulations inadaptées, en intensité ou en fréquence. Des troubles du comportement – de type repli sur soi, mutisme ou balancements – peuvent alors être repérés* » (Bonnotte et al., 2015, p. 139).
- Polyhandicap, qui est « *un handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience intellectuelle sévère* » (Zucman & Spinga, 1985, p. 2) et « *se définit comme un handicap grave à expression multiple avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation* » (Bonnotte et al., 2015, p. 139).

Il existe également différents types de handicap (*Les-différents-types-de-handicap - CCAH, s. d.*) :

- le handicap mental ou déficience intellectuelle ;
- le handicap auditif ;
- le handicap visuel ;
- le handicap moteur ;
- le handicap psychique ;
- les maladies dégénératives ;
- les troubles neurodéveloppementaux.

Parmi les différents types de handicaps, certains sont « visibles » et d'autres « invisibles », ils ne renvoient pas aux mêmes représentations (*Handicap invisible*, 2020). En effet, une idée répandue est que le handicap renvoie à une dimension visuelle, à des marques visibles sur le corps, le handicap visible se voit sur le corps de l'autre comme un stigmaté, il ne représente cependant que 15 à 20 % des handicaps. Très souvent, on associe le handicap à des troubles moteurs ou sensoriels, mais toujours avec cette mise en avant de la dysfonction (Daure & Salaün, 2017). 80 à 85% des handicaps sont dits invisibles, ils se caractérisent par une grande diversité comme les troubles psychiques ou cognitifs, les troubles physiques discrets, certaines maladies invalidantes. Ils sont donc, plus ou moins difficiles à observer, et « ces affections non comparables entre elles autorisent le porteur à préserver leur invisibilité, et l'environnement social, à croire qu'elles n'existent pas. Cette notion d'invisibilité du handicap pointe donc l'espace entre l'expérience vécue du handicap et l'image renvoyée » (Romany, 2018).

La notion de handicap est donc très complexe. Dans ce mémoire, nous nous intéresserons particulièrement au handicap moteur.

I.1.2. Qu'est-ce que le handicap moteur ?

Le Comité national coordination action handicap (CCAH) donne la définition suivante du handicap moteur : « *Un handicap moteur (ou déficience motrice) recouvre l'ensemble des troubles (troubles de la dextérité, paralysie, ...) pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes). Les causes peuvent être très variées : maladie acquise ou génétique, malformation congénitale, traumatisme dû à un accident, vieillissement, ...* » (Les-différents-types-de-handicap - CCAH, s. d.).

Le handicap moteur englobe un panel assez large de profils rencontrés et ce principalement au regard du niveau de dépendance mais aussi de l'aspect visible/invisible du handicap. Les répercussions sur la vie quotidienne ne sont pas les mêmes.

I.1.3. Etiologie du handicap moteur

Selon Michel Delcey, les causes du handicap moteur sont multiples et peuvent être irréversibles ou évolutives. Elles peuvent survenir à différents moments de la vie, on distingue ainsi :

- le handicap congénital ou acquis ;
- le handicap par malformation, blessure traumatique ou maladie ;
- le handicap évolutif et non évolutif.

Le handicap congénital est un handicap qui est visible ou dépisté dès la naissance tandis qu'un handicap acquis est lui annoncé après la naissance.

Le handicap par malformation est un trouble de l'ontogenèse, cela signifie que la malformation survient chez l'embryon ou le fœtus, donc en période anténatale. Il faut distinguer une malformation d'une déformation qui, elle, est une anomalie morphologique acquise. Le handicap traumatique concerne un handicap par blessure accidentelle, c'est-à-dire qu'une action violente extérieure va atteindre une partie de l'organisme et entraîner une blessure ou une lésion. Le handicap par maladie peut être congénital ou acquis, héréditaire ou non, la cause n'est ni une malformation ni une cause traumatique.

Il faut cependant prendre cette classification comme une vision globale, car comme dans toute pathologie, les causes sont souvent multiples et peuvent s'intriquer. Elles sont donc contestables sur certains points.

Le handicap évolutif est défini comme « *une affection dont l'évolution est attendue et péjorative et dont le traitement est pour l'instant symptomatique ou palliatif* » (Delcey, 2002), tandis que le handicap non évolutif est dit fixé. Là encore, le terme d'évolution est contestable, celle-ci peut être péjorative ou méliorative, cela dépend de l'environnement dans lequel vit le sujet, de ce qu'il lui renvoie, de sa façon d'investir les soins, de son adhésion thérapeutique et de plein d'autres raisons. Il y a une différence entre craindre que la maladie s'aggrave et savoir que la maladie va s'aggraver au fil du temps, bien sûr, tout cela dépend de la subjectivité de tout un chacun, de son ressenti et de sa manière de la vivre.

Les causes du handicap moteur peuvent être des lésions cérébrales et/ou médullaires et/ou neuromusculaires, et/ou des lésions ostéoarticulaires. Le premier

facteur du handicap moteur est la prématurité. Le deuxième facteur est représenté par les accidents de la voie publique (Delcey, 2002).

Nous allons nous intéresser plus précisément à deux déficiences motrices que sont l'infirmité motrice cérébrale (IMC) et les myopathies. En effet, ce sont les deux déficiences motrices les plus présentes au sein de l'institut dans lequel j'interviens.

I.1.3.1. L'infirmité motrice cérébrale (IMC)

Selon Brigitte Feuillerat, le terme d'infirmité motrice cérébrale fait partie de l'appellation paralysie cérébrale, qui comprend l'IMC, l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) et le polyhandicap. Selon Rosenbaum et al. traduit de l'anglais par Brigitte Feuillerat, la paralysie cérébrale est « *un groupe de troubles permanents du développement, du mouvement et de la posture, responsables de limitations de l'activité, imputables à des événements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson* » (Feuillerat, 2018, p. 449).

Selon Vincent Pagès, « *l'IMC est liée à une lésion du cerveau survenue dans la période anténatale ou périnatale. Elle constitue un trouble moteur stable faisant suite à un défaut ou à une lésion sur un cerveau en maturation* » (Pagès, 2017b). Ce sont les conséquences de la lésion et la non-stimulation organique qui vont entraîner un caractère évolutif. La lésion, elle, ne bouge pas. Les enfants souffrent d'une atteinte motrice importante et ont une intelligence préservée. Guy Tardieu introduit le terme d'IMC afin de distinguer les personnes ayant leurs capacités intellectuelles intactes (Feuillerat, 2018). Les personnes IMC sont ainsi différenciées des IMOC ou polyhandicapés par une absence de déficience intellectuelle qui permet leur scolarisation.

Cependant, j'ai appris durant mon cursus que, dans les faits, il y a une atteinte intellectuelle dans près de 50% des cas d'IMC. Certains auteurs parlent alors d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) lorsqu'on retrouve une atteinte intellectuelle à plus ou moins grande échelle. L'IMOC est définie comme étant une atteinte motrice, intellectuelle et sensorielle avec un quotient intellectuel inférieur à 80.

L'IMC représente 0,6 cas pour 1000 naissances (Pagès, 2017b). Les causes de l'IMC sont :

- des souffrances anténatales : embryopathies, fœtopathies, infections materno-fœtale ;
- des souffrances périnatales : la prématurité, une anoxie néonatale, des détresses respiratoires, un ictère nucléaire, une insuffisance placentaire (grossesse gémellaire), une souffrance fœtale lors de l'accouchement, un infarctus cérébral (artère sylvienne moyenne) ;
- une lésion cérébrale accidentelle post-naissance : traumatisme crânien, encéphalite (méningite), maladie infectieuse, déshydratation du nourrisson.

Il existe différents types d'atteintes motrices (HandiConnect, 2021) :

- La spasticité, qui est une difficulté de régulation de la boucle myotatique (Annexe n°4). Pour faire un geste, on a la contraction du muscle fléchisseur et la décontraction du muscle extenseur. Cette atteinte va empêcher les muscles extenseurs de se décontracter. Pour ces personnes atteintes de spasticité, chaque mouvement est une lutte, une tension permanente.
- L'athétose, qui va toucher le système extra-pyramidal, donc ce qui concerne la motricité non volontaire. Cela se produit surtout au niveau distal ou lors de grands mouvements amples au niveau des extrémités.
- L'ataxie, qui va atteindre le cervelet qui est la partie gérant la kinésie du geste. Cela peut être inné ou acquis. Il n'y a pas d'amélioration par la répétition. Les personnes réussissent à effectuer un geste mais pas de manière fluide. Cela va entraver de nombreuses fonctions comme l'écriture, les coordinations oculo-manuelles, le langage, etc.
- La dyskinésie, qui est la « *difficulté ou anomalie dans l'exercice d'un mouvement. C'est l'ensemble de mouvements involontaires anormaux d'amplitude variable, irréguliers, parfois rythmiques, étendues ou localisés.* » (Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine, s. d.)
- La parésie ou plégie, qui est une faiblesse musculaire avec un muscle qui est peu ou pas réactif à la commande volontaire.
- Les déformations dues au déséquilibre musculaire, à l'insuffisance de la croissance en longueur de certains groupes musculaires.

- Le type mixte, qui est la combinaison de différentes atteintes.

Tous les éléments cités ci-dessus peuvent impacter la régulation du tonus notamment en provoquant de l'hypertonie, des raideurs et/ou de l'hypotonie.

Comme nous venons de le voir, le trouble moteur dépend en grande partie du territoire lésionnel :

- Les troubles pyramidaux peuvent entraîner diplégie, triplégie, hémip légie, quadriplégie, spasticité, trouble de la commande motrice, hypotonie axiale.
- Les troubles extra-pyramidaux peuvent provoquer des mouvements anormaux comme la choréo-athétose et la dystonie (tous les termes soulignés sont définis en Annexe n°4).
- Les atteintes au niveau du cervelet peuvent déclencher des difficultés dans la kinésie comme l'ataxie.

Il y a également des troubles associés : « *Les troubles moteurs de l'IMC s'accompagnent souvent de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de troubles de la communication, du langage et du comportement, d'épilepsie et de problèmes musculosquelettiques secondaires* » (Pelc et al., 2006). Concernant les troubles sensoriels, ils sont principalement visuels ou auditifs, mais ils peuvent être aussi proprioceptifs, vestibulaires, tactiles, gustatifs et olfactifs.

Il y a des répercussions orthopédiques comme des rétractions liées à la spasticité, à la non-verticalisation ; des luxations de hanche, des scolioses et des cyphoses. Nous retrouvons aussi très fréquemment des déformations pédestres, comme l'équin (Annexe n°4) (Jaubert-Brisse & Porsmoguer, 2017). Pour pallier ces problèmes, les médecins orthopédiques prescrivent notamment des orthèses. Ces appareillages ont pour fonction d'être un soutien physique à la personne en situation de handicap. Celle-ci va se construire des repères avec ces instruments qui peuvent changer son regard vis-à-vis de sa représentation corporelle.

I.1.3.2. Les myopathies

« *Les myopathies appartiennent à la famille des maladies neuromusculaires : elles se caractérisent par une dégénérescence du tissu musculaire* » (Thomsen, 2015). Cela les classe donc parmi les maladies neuromusculaires dégénératives. « *Les myopathies sont des affections héréditaires et familiales caractérisées par une*

dégénérescence musculaire lente sans atteinte du système nerveux. La myopathie est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme et débute le plus souvent avant l'âge de cinq ans, cependant des formes tardives ont été décrites. » (CNRTL, 2012b). Il existe un très grand nombre de myopathies selon les manifestations et les mécanismes de l'atteinte musculaire. Elles se manifestent par une faiblesse musculaire et une atrophie plus ou moins marquée. Elles peuvent apparaître à n'importe quel âge de la vie. Les myopathies touchent différentes régions du corps et plus particulièrement les muscles squelettiques, mais également le muscle cardiaque et le muscle lisse.

Les causes de la myopathie sont la plupart du temps d'origine génétique, parfois elles sont dues à un dysfonctionnement du système de défense de l'organisme. Elles sont innées ou acquises (AFM, 2016).

Il existe différents signes cliniques d'appel : l'hypotonie avec déficit moteur, des troubles moteurs des membres, un retard et/ou une perte des acquisitions motrices. La myopathie se caractérisant par un faible tonus, des déformations squelettiques, il est très fréquent de retrouver des problèmes de dos tels que la scoliose chez les myopathes.

La faiblesse des muscles respiratoires cause une sensibilité aux infections pulmonaires et une diminution de la capacité respiratoire. Lors d'un effort, les douleurs musculaires peuvent être ressenties. La douleur a une place prédominante dans cette maladie, plus la maladie évolue et plus la douleur est présente, que ce soit au cours d'une action, lors d'un simple geste ou même encore avec une mauvaise posture. C'est une maladie évolutive qui touche le système nerveux périphérique.

La myopathie la plus fréquente est celle de Duchenne, son incidence est d'une pour 3000 naissances de garçons. Il s'agit d'une « maladie neuromusculaire caractérisée par une atrophie et une faiblesse musculaire progressive due à une dégénérescence des muscles squelettiques, lisses et cardiaques » (Boulay & Chabrol, 2007). La myopathie de Duchenne est transmise par le chromosome X. Elle débute vers l'âge de 5 ans : il y a d'abord une atteinte des membres inférieurs qui provoque souvent un retard de la marche associée à une marche en équin et une hypertrophie des mollets. La marche va se dégrader jusqu'à devenir impossible vers l'âge de 10-12 ans. A cela peut être associée une cardiomyopathie, le muscle cardiaque contractant

alors moins efficacement. La myopathie de Duchenne peut entraîner des déformations, telles que la scoliose, dues à l'affaiblissement des muscles du dos. Il y a également des problèmes respiratoires provoqués par cet affaiblissement, cela va entraîner des encombrements et un souffle court. Les muscles étant affaiblis, les muscles abdominaux peinent à dégager les voies respiratoires en toussant.

La voie digestive est elle aussi atteinte avec des troubles du transit intestinal. L'intestin peine à faire avancer les aliments, ce qui entraîne parfois des constipations, voire une occlusion intestinale. Le manque progressif de verticalisation et de mobilité a un fort impact sur la digestion.

La prise en charge médicale des myopathes sert essentiellement à prévenir les complications tant orthopédiques que cardiaques ou respiratoires, mais surtout à améliorer le confort des personnes atteintes. La myopathie demande un suivi régulier, intense, et pluridisciplinaire, tant médical que paramédical afin de surveiller l'évolution.

I.2. Symptomatologies et comorbidités

Les différents troubles que la personne en situation de handicap moteur peut présenter sont nombreux, comme :

- l'épilepsie ;
- les troubles sensoriels ;
- les troubles somatiques (respiratoires, alimentaires, digestifs, de l'élimination) et les troubles viscéraux (gastrostomie, sondages vésicaux, ventilation non invasive (VNI)) ;
- les troubles de la relation et de la communication, les troubles de la parole (anarthrie et dysarthrie), de développement de langage, les aphasies et les dysphasies ainsi que les troubles sélectifs du langage écrit (les termes soulignés sont définis en Annexe n°4) ;
- les malformations orthopédiques ;
- les troubles du comportement ;
- la déficience intellectuelle/cognitive, qui peut avoir un impact sur la perception, le raisonnement, la mémoire, la décision et l'attention ;
- la douleur ;
- la fatigabilité ;

- les troubles du sommeil ;
- les troubles psychiques et de la personnalité (pathologies narcissiques, états dépressifs), qui ne sont pas des pathologies surajoutées au handicap mais inhérentes à celui-ci.

Le développement de la personne peut être entravé par toutes ces comorbidités qui viennent s'ajouter au handicap ; c'est dans ce cas que nous parlons de polyhandicap, de surhandicap ou de plurihandicap.

L'enfant va se développer en prenant en compte ses spécificités qui entraîneront des répercussions sur sa façon de se mouvoir, de se représenter et sur ses interactions sociales. Il est moins disponible pour explorer, découvrir quand il y a des problèmes somatiques qui le submergent.

I.3. Les répercussions du handicap moteur sur le développement psychomoteur du jeune adulte

Le point de départ de ma réflexion est le développement psychomoteur car en pratique psychomotrice, nous nous intéressons à l'individu dans sa globalité, sans nous focaliser sur sa situation de handicap. Nous nous appuyons plus particulièrement sur les capacités de l'individu, sur ce qu'il peut faire. « *Concevoir la possibilité d'agir sur le développement psychomoteur d'un enfant et sa pathologie suppose d'en avoir une connaissance préalable, tant dans sa nature que dans les voies d'entrées dont le psychomotricien dispose pour tenter d'en modifier la trajectoire, d'en stimuler l'évolution et/ou d'en compenser les manques* » (Miermon et al., 2015, p. 17). Le soin psychomoteur est au centre d'une triade entre le savoir-faire (cognitif), le vouloir faire (psycho-affectif) et le pouvoir faire (moteur), car « *le psychomotricien ne peut envisager le mouvement sans les mécanismes cérébraux qui l'accompagnent (concentration, planification motrice, ...) ni son éventuel impact psychologique sur la personne (confiance, estime de soi, enjeux relationnels...)*. Il considère sans cesse l'individu dans sa globalité » (Ignazio & Martin, 2018, p. 11). Le psychomotricien s'intéresse à l'intention derrière le mouvement, à l'expression corporelle, aux sensations, perceptions et représentations qu'en a le sujet. Il étudie également l'aspect relationnel du mouvement permis grâce aux expériences tonico-émotionnelles.

Au cours du développement de la personne, l'aspect moteur, l'aspect sensoriel et l'aspect psychique s'articulent et interagissent dans un environnement rempli d'expériences sensorimotrices et relationnelles. A ce développement psychomoteur normal vont s'ajouter des particularités relatives au handicap moteur. En effet, ce dernier a un impact tant sur les expériences corporelles que sur le développement psychique ou encore les relations précoces.

I.3.1. Des expériences corporelles entravées

Le handicap peut entraîner différents troubles au niveau du corps, qui est le premier outil de compréhension de soi et du monde, qui va être à la base des premières expériences de vie et notre moyen de communication. Le tonus, le schéma corporel et l'image du corps peuvent potentiellement être altérés par ces lésions organiques qui peuvent induire des expériences psychocorporelles atypiques. Cette exploration est différente de celle que nous observons généralement dans le développement de l'enfant. Si le handicap touche au corps, les possibilités d'expérimenter peuvent être réduites, ce qui aura un impact sur les premières expériences du jeune enfant.

Chaque personne a un rapport différent à son corps, il en est de même dans le cas d'un handicap. Deux personnes ayant le même handicap ne ressentiront et ne percevront pas la même chose face à une même situation. Les réactions sont également différentes selon la date d'apparition du handicap. En effet, une personne née avec un handicap n'aura pas les mêmes représentations, la même façon de vivre avec son corps qu'une personne ayant un handicap à la suite d'un accident.

I.3.1.1. La régulation tonique

Très fréquemment, les atteintes neurologiques présentes dans le handicap moteur peuvent entraîner différents troubles de la régulation tonique. Le tonus est un terme issu de la neurophysiologie, venant du grec « tonos » signifiant tension. Le tonus est donc un état de tension des muscles, variable dans son intensité selon le contexte, de façon volontaire ou involontaire.

Le tonus peut varier selon différents versants, allant de l'hypertonie à l'hypotonie. Le versant hypertonique renvoie à une répartition du tonus particulièrement élevée

associée à une augmentation de la résistance du muscle à son étirement. L'hypertonie peut être aussi due à la persistance, l'excès ou encore l'absence de réflexes archaïques chez l'enfant en situation de handicap moteur. Du fait de ces raideurs, blocages ou crispations, cela peut influencer la fluidité du mouvement et impacter l'auto-enroulement. En effet, quand l'enfant vient au monde, les muscles fléchisseurs ont un tonus plus élevé que celui des extenseurs. Le nourrisson est donc naturellement en position d'enroulement sur lui-même. Cet enroulement sert d'étayage corporel aux sentiments d'exister et de sécurité interne, permettant d'avoir une conscience de son unité corporelle, comme l'indique Suzanne Robert-Ouvray (Robert-Ouvray, 2019).

A l'inverse, l'hypotonie s'apparente à une répartition du tonus particulièrement basse associée à une diminution de la résistance du muscle à son étirement. Nous retrouvons cet état, par exemple, dans les phases de sommeil et de détente. En revanche, lorsque l'hypotonie est présente en dehors de ces phases-là, cela peut se caractériser par un corps mou ou hyperlaxe, entraînant de la fatigabilité, une faiblesse musculaire voir un manque d'énergie manifeste. L'hypotonie peut aussi faire référence aux nourrissons qui, à la naissance, n'ont pas les moyens de lutter contre les flux gravitaires et vont donc être soumis à la pesanteur. Pour l'enfant, la difficulté à se mouvoir comme il le souhaiterait peut lui renvoyer l'image d'un corps prison, il peut être prisonnier d'un corps trop lourd, qu'il ne peut pas mobiliser comme il le souhaite. L'hypotonie peut renvoyer aux parents un sentiment de culpabilité, voire d'étrangeté et de distance avec leur enfant dû à ce membre ou corps hypotonique, amorphe.

Vignette clinique : Martin, petit garçon de 5 ans, en situation de polyhandicap, présente une hypotonie massive ainsi qu'une hyperlaxité. Ses parents disent avoir de grandes difficultés à le porter car il « leur glisse des mains ». Cela renvoie une image léthargique avec cette idée qu'ils ne peuvent pas tenir leur enfant, qu'ils ont l'impression de porter un corps inerte.

Vignette clinique IEM : Thibault, petit garçon de 9 ans, présente une malformation cérébrale ainsi qu'une hémiparésie gauche due à une déconnexion hémisphérique droite à l'âge de 8 mois (Annexe n°4). Ce côté hypotonique est chez Thibault comme un corps à traîner, quelque chose qui le freine dans ses explorations. Aujourd'hui cet hémicorps commence à prendre vie. La mise en mot l'aide beaucoup à prendre conscience de ce côté gauche. Le fait de soutenir et valider ses ressentis par des lectures corporelles favorise l'intégration de cet hémicorps. Thibault commence à utiliser spontanément cette partie du corps invalide et il en prend conscience, ce qui le valorise et le remplit de joie

Dans les deux cas, il est compliqué pour les personnes en situation de handicap moteur d'expérimenter les couples antagonistes comme l'enroulement et le désenroulement, le dur et le mou ; en effet, cela est dû à leurs atteintes neurologiques entraînant, comme nous avons pu le voir précédemment, de la spasticité, de l'athétose ou encore de l'ataxie, qui sont différents troubles de la régulation tonique. Selon Benoît Lesage, la tonicité est « *le jeu adaptatif qui sous-tend notre façon d'être là, d'entrer en matière selon un nuancier subtil, qui actualise, communique et nous donne à percevoir nos états psychiques ainsi que ceux d'autrui. Par la tonicité, nous donnons à sentir, nous sentons ce que nous donnons, et nous entrons en résonance, en empathie, ou au contraire nous nous coupons de la relation, selon que nous nous accordons ou désaccordons* » (Lesage, 2021, p. 119). Le fait de ne pas ressentir cette ambivalence tonique, qui est la base de l'ambivalence psychique, peut avoir un impact sur la représentation de son corps mais également dans la relation (Robert-Ouvray, 2014). L'enfant, ne ressentant pas sur lui les différences de variations toniques, aura alors plus de difficultés à les percevoir chez l'autre et plus particulièrement chez sa mère.

Le tonus est un des concepts fondamentaux de la psychomotricité associant la dimension neuromusculaire avec l'état émotionnel de la personne. « *La tonicité, plus précisément sa modulation, trame notre affectivité, c'est-à-dire nos états émotionnels, leur surgissement au gré des circonstances et des associations qu'elles suscitent, nos mémoires de vie, nos relations* » (Lesage, 2021, p. 121). Des auteurs comme Wallon et De Ajuriaguerra ont conceptualisé le dialogue tonico-émotionnel mettant en avant l'intrication entre le tonus et l'émotion. De nombreux états physiques et psychiques

s'expriment corporellement par l'intermédiaire du tonus. Dans les deux premières années de sa vie, l'enfant utilise beaucoup le dialogue tonique afin de s'exprimer. La compréhension de la vie psychique et émotionnelle de l'enfant sera difficile pour le parent du fait de cette faible variation tonique. Cette possible inadaptation entre le parent et l'enfant pourra venir affirmer ce sentiment d'étrangeté, de différence ressentie par l'enfant et le parent, ce qui aura un impact sur le développement de l'enfant.

Ainsi pour mieux en comprendre le sens, nous allons voir comment se construit le développement moteur. Le développement moteur s'effectue selon trois grandes lois : la loi de différenciation, la loi de variabilité et la loi de succession (Ignazio & Martin, 2018) :

- La loi de différenciation correspond chez le tout petit au passage d'une motricité involontaire et réflexe à une motricité volontaire et localisée.

- La loi de variabilité concerne le rythme du développement, dans le sens où s'observe toujours un sens de perfectionnement progressif mais non linéaire, avec la succession de phases de progression mais aussi de stagnation et parfois même de régression. Le rythme est bien sûr propre à chaque enfant.

- La loi de succession distingue les étapes de la maturation au niveau de l'axe du corps et au niveau des membres.

Nous venons d'étudier les lois de développement moteur, il nous faut maintenant nous pencher sur le développement de l'investissement du corps au niveau psychique. Le sujet dans son développement s'approprie son corps au travers du mouvement certains auteurs comme Didier Auzieu ou encore Henri Wallon, expliquent comment ce corps est approprié, investi sur une sphère cognitive et psychologique.

Didier Anzieu, dans son ouvrage *le Moi-peau* (Anzieu, 1995), décrit la peau comme étant un parchemin sur lequel les différentes expériences de la vie se sont imprimées. En effet, l'enfant va avoir besoin d'habiter son corps dans sa fonction contenante et continue pour qu'il puisse se reconnaître comme sujet individué et différencié. L'appareil psychique de l'enfant, le Moi, se développe en constante référence à sa propre expérience corporelle dont la base seraient les expériences tactiles, que ce soit toucher ou être touché, proprioceptives et kinesthésiques. Le tonus a donc une grande

place dans cette élaboration. La peau a différentes fonctions sur lesquelles l'enfant pourra s'appuyer afin d'accéder à des représentations de son propre corps.

Cette motricité permet à l'enfant de ressentir son corps dans le mouvement, il reçoit des informations proprioceptives qui s'inscrivent dans sa mémoire corporelle et ses sensations participent à la représentation de son propre corps dès le début de sa vie. La personne en situation de handicap moteur, à cause des tensions qui peuvent exister dans certaines parties de son corps, n'aura pas les mêmes représentations du fait de ses différentes expériences vécues.

Selon Henri Wallon, « *le tonus est à la base de tout* », le tonus a un rôle fondamental dans la construction de l'enfant, c'est grâce à cela que le sujet va structurer et former sa personnalité (Bachollet & Marcelli, 2010). C'est ce que Julian de Ajuriaguerra nommera le dialogue tonico-émotionnel, qui est cette façon dont les émotions sont transmises entre deux personnes par les variations toniques et rythmiques.

Souvent, l'enfant en situation de handicap moteur bouge moins, touche et manipule peu son corps. Le fait de ne pas vivre l'alternance entre une hypotonie et une hypertonie et de rencontrer des difficultés à percevoir des différences entre l'intérieur et l'extérieur de son corps par l'intermédiaire de la peau, contrairement aux autres enfants, va rendre difficile l'intégration de son schéma corporel et a fortiori de son image du corps. Ne pas sentir ce corps unifié va impacter directement ses représentations de son corps.

1.3.1.2. Le schéma corporel

La notion de schéma corporel se construit tout au long du développement de l'enfant grâce aux expériences qu'il va vivre, tant externes qu'internes (liées aux informations proprioceptives et vestibulaires notamment). Ces expérimentations vont lui permettre d'avoir un vécu corporel amenant à une représentation stable de son corps, plus ou moins consciente, afin d'avoir un sentiment d'unité corporelle. Ce schéma corporel permet d'être en capacité de situer son corps dans l'espace mais également d'avoir conscience de sa posture, ce qui permet ensuite d'entrer en relation avec autrui. « *Le schéma corporel correspond à la connaissance objective du corps dans sa réalité, il se construit dans l'expérience motrice et aboutit à une*

somatognosie » (Potel, 2019b, p. 150). Le schéma corporel est une construction tout au long de la vie, sa perception est plus ou moins fine en fonction des activités vécues.

Pour Julian De Ajuriaguerra, « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* » (De Ajuriaguerra, 1974). Nous pouvons voir que dans cette définition, De Ajuriaguerra intègre la notion de flux sensoriels qui sont une base pour l'unité psychocorporelle, car le schéma corporel est un référentiel corporel.

Pour Françoise Dolto, le schéma corporel est « *une réalité de fait, en quelque sorte notre "vivre charnel" au contact du monde physique. Nos expériences de notre réalité dépendant de l'intégrité de l'organisme ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques, viscérales, circulatoires, coenesthésiques* » (Dolto, 1984a, p. 18). Selon elle, le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace. Il se structure par l'apprentissage et l'expérience et il est identique chez tous les êtres humains.

Le schéma corporel va donc dépendre du développement neuromoteur de l'enfant mais également de son environnement et des stimulations dont il va bénéficier. Il se construit grâce à son développement tonique et son vécu corporel. Le tonus est lié à la vie affective ; celle-ci va avoir un rôle à jouer dans la construction du schéma corporel, et également dans la construction de l'image du corps (Bonneil & Meunier, 2020).

Selon De Ajuriaguerra, le schéma corporel se construit selon trois grandes étapes, le corps vécu jusqu'à 3 ans, le corps perçu de 3 à 6 ans et enfin le corps représenté de 6 à 12 ans (Scialom et al., 2015).

Tout d'abord, lors du stade du corps vécu, la tonicité est vécue de manière bipolaire, soit hypertendue soit très détendue, ces variations étant liées à des besoins satisfaits ou non. L'enfant est dans le sensoriel et expérimente différents schèmes moteurs. L'ajustement des figures parentales aux besoins de l'enfant, tant physiques que psychiques, va permettre, petit à petit, par la répétition, une représentation et une maîtrise globale de son corps unifié.

Le deuxième stade, celui du corps perçu, est celui où l'enfant intègre la perception à la motricité, il a un contrôle actif sur son tonus musculaire, tout cela est possible car il a de plus en plus une représentation intériorisée de son corps. L'enfant peut atteindre de lui-même une détente globale, car l'attention portée sur son corps propre lui permet de se couper des stimulations extérieures, cela est permis grâce à une intériorisation de son schéma corporel.

Enfin, pendant le stade du corps représenté, l'image du corps de l'enfant est opératoire, c'est-à-dire que l'enfant se représente son corps, ce qui lui permet d'ajuster son action en fonction des contraintes de l'environnement. Cela peut se faire car l'enfant a un repérage topographique du corps, il peut se représenter mentalement son corps réel. A partir de cette perception de son corps, il va pouvoir alors se repérer dans l'espace environnant et dans le temps. La régulation posturale est alors mise en jeu. En effet, l'enfant n'est plus obligé d'expérimenter pour savoir comment réaliser un geste, il peut le penser pour arriver au résultat.

La construction du schéma corporel, chez la personne en situation de handicap moteur, est confrontée à l'appauvrissement de la connaissance de son corps propre du fait de ce manque fréquent d'exploration. L'autonomie psychique et physique est alors compliquée à obtenir, ce qui peut avoir un impact sur le sentiment d'avoir un corps propre unifié. Les personnes décrivent souvent un corps instrumentalisé, un corps laissé aux soignants, oublié dans les soins, rendant compliquée l'intégration d'un corps propre, d'un corps intime, ce qui impacte alors l'identité corporelle.

Le schéma corporel est une des clés de voute à l'édification de la conscience corporelle, à la conscience de soi. Ce qui nous amène dès à présent à l'image du corps, terme corrélé au schéma corporel.

I.3.1.3. L'image du corps

De nombreux auteurs ont théorisé ce concept, comme Lacan, Dolto, Schilder ou encore Pireyre. L'image du corps peut se définir comme « *l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes* » (Schilder, 1980, p. 35), « *l'image du corps est la synthèse d'un modèle postural du corps, d'une structure affective et d'une image sociale* » (Schilder, 1980). Pour Françoise Dolto, « *l'image du corps est la synthèse vivante de*

nos expériences émotionnelles. C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. L'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions » (Dolto, 1984a, p. 22-24). « L'image du corps est l'image que l'on se fait de soi et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres » (Potel, 2019b, p. 151).

Ce que l'on peut tirer de ces définitions, c'est que l'image du corps est propre à chacun, c'est une représentation imagée qui rend compte de l'histoire du sujet, de son vécu, de sa culture et également de la relation aux autres. L'image du corps évolue tout au long de la vie en fonction de ses différentes étapes. Lorsqu'il y a des changements corporels, notre perception, et nos éprouvés peuvent être remaniés ce qui a un impact sur notre confiance en nous, nos relations et notre vie affective.

Le remaniement de l'image corporelle devant les modifications du corps qui surgissent au moment de la puberté et l'interrogation anxieuse sur l'identité se retrouvent à l'adolescence. Ce corps qui est si souvent examiné chez les personnes en situation de handicap moteur peut entraîner une dépossession de son propre corps, le rendant alors difficile à approprier. Si ce corps devient un corps étranger, laissé à l'autre (le soignant, l'aidant, le parent, etc.), l'accès à l'intimité est alors d'autant plus difficile.

Vignette clinique en IEM : Axel, jeune adolescent de 14 ans, se déplace en fauteuil roulant manuel. Il est atteint de Spina Bifida (Annexe n°4). Durant sa scolarité, l'image qu'il renvoyait a été très dure à vivre pour lui. Son corps l'a éloigné de ses pairs, à l'école où il était en inclusion, il a été victime de rejet, de moquerie car il porte des protections pouvant avoir des fuites anales et urinaires. Le vécu d'Axel était d'habiter un corps percé, fuyant et pas contenant.

Encore aujourd'hui, il n'investit que partiellement son bas du corps. Il le délaisse car ce corps n'est pas assez « fort » pour le soutenir et engendre de nombreuses chirurgies sans effet positif pour lui.

I.3.1.4. La douleur

Les personnes en situation de handicap moteur ont très souvent des troubles orthopédiques apparentés, qui entraînent de la douleur et de l'inconfort. La prise en charge de la douleur est indispensable. En effet, les sujets peuvent ressentir de la douleur aux niveaux musculaire, somato-viscéral ou encore ostéoarticulaire.

La douleur est avant tout subjective, elle dépend de plusieurs composantes sensorielles, affectives, cognitives ou comportementales.

La forte médicalisation, la grande fréquence d'hospitalisations entraînent des ruptures dans la vie et peuvent faire émerger, réémerger des angoisses de mort étant donné la dégradation du corps qu'elles mettent en exergue. Cela fait également apparaître la notion de corps modifié car par la motivation d'améliorer le quotidien de la personne en situation de handicap, ces interventions engendrent souvent de la douleur.

Vignette clinique en IEM : Reprenons l'exemple d'Axel, vu précédemment. D'un point de vue sensoriel, Axel peut ressentir le haut du corps jusqu'au niveau de la poitrine et le bas du corps avec des sensations moindres. Lors des séances, il laisse traîner et pendre ses jambes. Il se met en scène face à la psychomotricienne pour montrer son hyperlaxité (Annexe n°4) en positionnant ses jambes dans des postures anormales. Il peut aussi faire semblant de souffrir en criant avec un grand sourire toujours sous le regard de l'adulte. Axel a transposé son ressenti de la douleur possible sur le haut du corps vers le bas du corps. Son corps devient un moyen de provoquer l'autre : « Tu vois, ma jambe n'est pas dans le bon sens ».

Nous pouvons donc voir que ces phénomènes douloureux vont modifier la représentation que le sujet a de son propre corps, que celui-ci va investir certaines zones corporelles plus que d'autres. Les nombreuses opérations subies vont avoir également un impact sur le psychisme.

Selon Antoine Bioy, la douleur est avant tout une sensation corporelle qui affecte le corps réel, organique mais également l'imaginaire et le psychique. N'étant pas toujours associée à une lésion anatomique, elle peut être liée au schéma corporel et

à l'image du corps, inconsciente et singulière. Selon lui, le corps du patient va être le support de l'expérience douloureuse, il va alors essayer de mettre en mots son ressenti, nous parlons de mise en récit. Cette mise en récit va dépendre de trois axes que sont la sensorialité, la conscience de soi et le sens. La sensorialité car « *toute sa corporalité et son ressenti perceptif se trouvent modifiés* », la conscience de soi est « *soumise à des variations tant cognitives (mémoire, attention, etc.) que personnelles (ne plus se reconnaître, se sentir autre, etc.)* » et le sens car « *la situation ne semble plus en avoir* » (Bioy, 2020, p. 22). En quelques sorte, tout ce qui permet à un individu de se définir semble être bousculé. Comment vivre avec cette douleur ? Comment ne pas la laisser prendre le dessus sur tous les autres aspects ? (Bioy, 2020)

La douleur est souvent source d'incompréhension de la part de l'entourage lorsqu'elle prend toute la place. Cependant, dans le travail auprès de ces personnes douloureuses, il est important de la valider pour instaurer un lien de confiance. Si cette reconnaissance n'est pas faite, alors cela engendre un engrenage dont il est difficile de sortir. L'évaluation des répercussions liées à la douleur est une étape importante puisque ces répercussions deviennent sources de renforcement de la douleur. Il est très fréquent que la personne en situation de handicap moteur ne se définisse plus que par sa douleur, ce corps en souffrance dans lequel le psychisme est étouffé par celle-ci. La douleur amène souvent à des positions de repli, de fermeture, ce qui impacte les interactions sociales. Bien sûr, il ne faut pas oublier que cette souffrance et son évaluation restent subjectives, propres à chacun, certaines personnes en situation de handicap peuvent très bien ne pas être gênées par la douleur, voire ne pas la ressentir.

Cette menace de confusion entre « *être soi / être la douleur* » amène le patient à éviter son corps, ou à ne plus le penser que d'une façon négative. Cela peut engendrer une mise à distance, une tendance à ne plus vouloir regarder son corps, un évitement de tout mouvement qui peut alors montrer une défaillance. Cela impacte donc les conduites exploratoires. Comme nous avons pu le voir, cela peut également avoir un impact sur son identité, car avec « *un corps qui ne remplit plus ou mal sa fonction première (contenance, support identitaire, interface globalement tranquille entre soi et son environnement), la personne douloureuse a bien du mal à pouvoir se situer, à trouver les repères qui lui sont nécessaires pour poursuivre son évolution personnelle* » (Bioy, 2020, p. 23).

I.3.1.5. La motricité et la conscience corporelle

Chez la personne en situation de handicap moteur, la motricité est entravée plus ou moins sévèrement. L'absence ou le retard de déplacement rend plus difficile la découverte de l'environnement. L'orientation du corps est souvent perturbée, l'enfant expérimente moins les notions spatiales également. Il dépend de ce monde sans que lui puisse un tant soit peu interagir avec ce dernier. Plus le handicap est important, plus l'exploration est mise à mal. L'enfant n'explore pas autant, n'expérimente pas autant, il peut moins ressentir les limites de son corps, les orifices de son corps et donc a fortiori l'espace d'un corps interne, d'un espace physique dans lequel l'image du corps va se développer. La relation à l'autre est impactée, donc il y a moins d'action sur le corps de l'autre, ce qui entrave la perception de ce qui est différent chez l'autre. Cependant, il ne faut pas penser qu'il n'explore plus, il explore différemment, de façon plus ou moins active. L'exploration est souvent permise grâce à une tierce personne lorsque le handicap est trop important, la personne en situation de handicap peut alors renoncer à explorer et se placer dans une grande dépendance vis-à-vis de l'autre.

Vignette clinique en néonatalogie : Nina, âgée de 12 mois d'âge réel et de 8 mois et demi d'âge corrigé, vient en consultation de suivi. C'est une enfant pour qui le pronostic vital a très tôt été engagé. Aujourd'hui, les parents ont peur de la laisser au sol, ils ont pris l'habitude de tout faire à sa place, ils sont devenus son moyen de locomotion. Elle n'expérimente pas les déplacements au sol, tout vient à elle. Elle ne reste pas en position assise, elle n'explore pas par les gestes mais par le regard.

Qu'est-ce que cette petite fille passive, perçante par le regard, leur renvoie ? L'attitude des parents s'explique-t-elle par sa grande prématurité ? Ou bien par peur de se rendre compte d'autres potentielles difficultés ? Comment le parent s'ajuste à cette grande dépendance en laissant une petite place à l'exploration de l'enfant ?

Chez certains enfants, nous pouvons remarquer qu'ils ont acquis une motricité sans pour autant avoir de conscience corporelle. Dans ce cas, la motricité serait quelque chose d'automatique, pas forcément intégrée avec un ajustement compliqué à son environnement. Lorsque l'enfant peut être centré sur son corps, ressentir les

différents mouvements, s'ajuster avec ses différentes perceptions corporelles à son environnement, alors il a une motricité organisée : il a acquis une bonne conscience corporelle. Il est capable d'habiter son corps. « *Habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importantes à laquelle est confrontée le bébé dans son développement. Dans sa période dite sensorimotrice, le bébé apprend à habiter son corps, mais il en fait aussi un moyen d'action sur son milieu humain et physique* » (Bullinger, 2007, p. 151). Faire de son organisme un corps est assez complexe, ce n'est pas si simple. Très tôt l'enfant arrive à effectuer des schémas moteurs de manière automatique, il est capable d'une planification motrice mais l'appropriation de son corps est plus complexe.

Vignette clinique en IEM : Louis, 13 ans, jeune adolescent atteint de surdité avec des polymalformations, une diplegie spastique et une cytopathie mitochondriale entraînant des troubles rénaux (Annexe n 4). Il se déplace avec un déambulateur postérieur. Sa concentration reste très limitée et d'autant plus lorsqu'il doit se recentrer sur son corps, il fuit. Le travail en binôme kinésithérapie/ psychomotricité a été mis en place pour aider Louis à investir ses sensations et donner du sens au soin en kinésithérapie. Il peut marcher, réaliser quelques coordinations en miroir de l'adulte avec étayage tactile en pointant chaque partie du corps à mobiliser. Cependant, Louis est en grande difficulté dès lors qu'il faut s'ajuster à un imprévu, un obstacle et sans aucun étayage, il se désorganise, il n'arrive plus à trouver les coordinations nécessaires pour surmonter cette épreuve.

La dépendance à l'autre, qui peut s'instaurer du fait des difficultés motrices d'une personne en situation de handicap, peut devenir un obstacle au développement de son autonomie. Lors des premières années de vie de ces enfants, lourdement impactés dans leur corps, la cellule familiale et le corps médical sont dans une urgence vitale. Cette urgence va longuement marquer l'entourage, au point de ne pas laisser l'enfant explorer comme tout autre enfant. Cela peut parfois entraîner un repli de l'enfant sur lui-même, à force de ne pas oser explorer son environnement sans les figures parentales qui sont rassurantes. D'autres facteurs plus organiques peuvent

jouer dans ce repli. Cela peut être lié au sensoriel, par exemple, s'il y a des hypersensibilités ou hyposensibilités, cela peut rendre l'exploration compliquée.

Le sujet porteur de handicap, s'il est dépendant, aura moins de possibilités d'exercer ses apprentissages tant sur le plan sensorimoteur, que relationnel ou social. La répétition d'expériences de préhension, de verticalité, d'équilibration ou encore de locomotion permet l'intégration des sensations proprioceptives, kinesthésiques, extéroceptives qui viennent ensuite alimenter les représentations du corps de la personne. Chez la personne en situation de handicap moteur, ces expériences sont moins fréquentes et moins régulières, ce qui limite leur intégration.

« *Investir son corps, c'est le faire sien, le reconnaître, l'utiliser, le penser pour se développer physiquement et psychologiquement* » (Thiveaud, 2001, p. 6). L'investissement corporel est une notion qui est étroitement liée à celle de schéma corporel, d'image du corps mais également du tonus et du corps en motricité. En effet, en fonction de la façon dont nous allons nous percevoir, nous sentir, nous ressentir, nous n'allons pas éprouver la même chose, cela est d'autant plus vrai dans la situation d'un handicap moteur associé. Cet investissement dépend de nombreux facteurs : la place inconsciente dans la dynamique familiale, les éprouvés émotionnels, les regards reçus de l'environnement. Le regard d'autrui participe à la construction de l'identité dans le sens où il est créateur d'un lien, en favorisant les processus d'attachement ou au contraire pas.

I.3.2. Le développement psychique

I.3.2.1. La personnalité

La personnalité serait définie comme « *l'organisation dynamique des aspects cognitifs, affectifs, conatifs, physiologiques et morphologiques de l'individu* » (Sheldon & Allport, 1940), mais également comme « *ce qui constitue la personne, qui la rend psychologiquement, intellectuellement et moralement distincte de toutes les autres* » (CNRTL, 2012a). Grâce à ces définitions, nous pouvons voir qu'il s'agit de la capacité d'un sujet à s'affirmer en tant qu'individu unique. « *La personnalité est constituée de traits qui viennent lui conférer son relief, ses lignes de forces, de faiblesses et ses capacités d'adaptation* » (De Broca, 2009, p. 95).

Piaget montre l'importance du jeu corporel dans l'émergence de la pensée. En effet, durant les trois premières années de la vie, l'étayage de la personnalité est constitué. Cependant, rien n'est pour autant fixé, la personnalité est en permanence remaniée. Nous voyons donc que l'enfant, par le jeu, va se créer ses représentations. Selon Piaget, « *la construction du réel, c'est-à-dire d'un univers dans lequel le sujet se différencie et accède à l'intersubjectivité, se fait à partir de l'expérience motrice et des perceptions qu'elle engendre* » (Lesage, 2015, p. 42).

Pour certaines personnes en situation de handicap moteur, cela peut être compliqué de se différencier, de jouer, d'être dans une attente car très souvent l'entourage répond vite aux demandes, la personne ne connaît alors que très peu la frustration et l'attente, et le fait de ne pas vivre ces expériences a un impact sur les représentations, qui impacteront alors à leur tour l'image du corps. Le fait de vivre par et grâce aux autres va venir entraver la socialisation, empêcher d'oser être dans l'agir et de rencontrer les autres, les personnes en situation de handicap sont plus fréquemment dans des relations asymétriques dans un rapport aidant/aidé. Certaines personnes en revanche n'auront pas l'aide souhaitée, ils connaîtront déjà la frustration liée aux restrictions de leur propre corps mais en plus de cela une absence d'aide de l'entourage ce qui peut entraîner une attitude passive et un retrait. Ce phénomène peut être dû à une difficulté de se séparer des figures parentales, avec qui il y a eu une véritable fusion, l'autonomie psychique est alors compliquée à acquérir car l'enfant se calque sur ses parents, il ne se vit pas différent des figures parentales. Cette attitude de retrait peut être également dû aux stéréotypes et au regard des autres, et qui, pour s'en protéger vont alors préférer s'isoler.

1.3.2.2. Le développement des capacités cognitives

Piaget a théorisé le développement cognitif. Il met en évidence que le développement se fait de manière continue, qu'il est universel et progressif. Il a une approche systémique disant que l'intelligence est une forme d'adaptation permettant des échanges entre la personne et son environnement par l'équilibration entre l'assimilation, qui correspond à l'action d'un organisme sur le milieu, et l'accommodation, qui est l'action du milieu sur l'organisme.

C'est l'action du sujet sur l'environnement qui va permettre la construction des structures de l'intelligence, c'est-à-dire que c'est à partir d'expériences sensorimotrices

et perceptivo-motrices que la pensée se développe. Différentes périodes vont se succéder :

- la période sensorimotrice de 0 à 2 ans, où l'enfant est dans la perception des mouvements et se construit des schèmes sensorimoteurs. À cet âge-là l'enfant manipule beaucoup, joue et expérimente avec son corps ;
- la période pré-opératoire de 2 à 7 ans, où l'enfant développe une pensée prélogique et symbolique grâce aux représentations mentales. Par exemple, l'enfant commence à faire semblant, il est dans le jeu symbolique ;
- la période des opérations concrètes de 7 à 12 ans, où l'enfant est capable de faire des opérations mentales sur du matériel concret. L'enfant est capable de comprendre l'ironie et est dans une pensée concrète avec des explications logiques ;
- la période des opérations formelles après 12 ans, où l'enfant fait des opérations mentales sur du matériel qui n'est plus concret, il est donc capable d'émettre des hypothèses. On parle d'un raisonnement hypothético-déductif qui lui permet de s'intéresser aux opinions d'autrui. L'adolescent est capable de faire des liens entre plusieurs concepts.

Le développement cognitif se construit à partir des sensations éprouvées qui permettent d'alimenter des perceptions. Ces mêmes perceptions vont permettre l'élaboration de représentations et ainsi enrichir la sphère cognitive. En psychomotricité, nous nous appuyons sur ce modèle développemental. Nous pouvons alors nous demander comment construire des capacités cognitives de qualité lorsque la personne a des difficultés à accéder à l'exploration de sa sensorialité. Peut-elle se créer d'autres chemins développementaux ?

I.3.2.3. La conscience de soi

La conscience de soi est en permanence remaniée, elle renvoie à la question de l'identité et de la subjectivité. Cela est un premier pas dans l'acceptation de soi. Elle se fait en parallèle de la construction de l'identité.

Lorsque l'enfant naît, il ne sait pas encore qu'il a un corps, sa mère lui offre son propre corps comme appui, comme repère, comme base de sécurité afin de répondre à ses besoins. Cela passe par le *holding*, le *handling*, l'*object presenting* dont parle Donald Woods Winnicott. Le *holding* désigne la façon dont l'enfant est porté sur le plan

psychique et corporel qui apporte un sentiment de sécurité. Tandis que le *handling* correspond à la manière dont le bébé est traité, manipulé, soigné quotidiennement par la mère. L'*object presenting*, quant à lui, est la façon dont nous présentons l'environnement, le monde à l'enfant. C'est pourquoi à ces moments-là, nous parlons vraiment d'un corps à corps mère-enfant plutôt que d'un corps d'enfant. L'enfant est totalement dépendant de l'autre. « *Cette relation corps à corps, sans autre médiateur que la sensorialité, la tonicité, est autant indispensable au nourrisson pour qu'il vive qu'à la mère pour qu'elle investisse sa fonction maternelle. Pour qu'il la fasse mère, elle a besoin que soit illusoirement et provisoirement prolongé l'état fusionnel et symbiotique des mois de grossesse* » (Gauberti, 1993, p. 6).

L'entourage est un point d'appui majeur pour l'enfant et également un point d'ancrage narcissique auprès duquel l'enfant cherchera un étayage de bonne qualité pour l'aider à maintenir un sentiment de continuité d'identité. L'identité se construit en interaction avec l'autre. Cela est d'autant plus vrai dans les situations de handicap, la figure parentale est là pour aider l'enfant à prendre conscience de son schéma corporel, tant de la partie valide que de la partie infirme. La mise en mots lui permet d'être signifié et d'intégrer une représentation unifiée de son corps (Dolto, 1984b, p. 237).

L'identité de l'individu se construit en différentes étapes au cours de la petite enfance. Cela passe par la reconnaissance de soi dans le miroir, puis par la capacité à dire « je », qui montre une prise de conscience de soi en tant qu'unité séparée de l'autre. Le stade du miroir est décrit par Jacques Lacan comme une étape majeure dans le narcissisme de l'enfant. L'image reflétée dans le miroir va devenir l'image dans laquelle l'enfant va s'identifier, l'enfant se met à penser son être corporel. L'enfant va se reconnaître comme un sujet unique, c'est à la fois une forme d'identification et d'émancipation (Busschaert et al., 2015, p. 225).

I.3.3. Les relations avec autrui

Dans cette partie, nous aborderons plus précisément l'aspect relationnel de la personne en situation de handicap, plus particulièrement les interactions entre l'enfant porteur d'un handicap moteur et les figures parentales.

I.3.3.1. L'annonce du handicap

Tout enfant change la vie d'une famille, cela est d'autant plus vrai lorsque celui-ci est en situation de handicap. L'annonce d'un handicap peut se faire à différents moments de la vie de l'enfant : en anténatal, à la naissance ou même après. Il n'y a pas de bonne façon d'annoncer la nouvelle. L'annonce d'un handicap entraîne un traumatisme initial pouvant ajouter de la distance aux relations précoces puisqu'il pointe un dysfonctionnement chez leur enfant. Beaucoup de parents décrivent ce moment comme un instant figé dans le temps avec une rupture entre un avant et un après.

L'expérience vécue est subjective et dépend de nombreuses variables comme la nature du handicap, le moment de l'annonce, l'intensité du handicap, son évolution, l'origine et le type du handicap (physique, sensoriel ou encore psychique), s'il est visible ou non. Mais elle dépend également de la situation familiale du point de vue de la culture, de la religion, de la structure (monoparentale ou non), du mode de vie, du travail des parents.

Il y a un véritable réaménagement psychique à faire par les parents qui doivent faire la différence entre l'enfant imaginaire, rêvé et l'enfant réel. « *L'écart entre l'enfant imaginé et l'enfant "concret" déconstruit tout ce que la mère a projeté durant sa grossesse* » (Gardou, 2006, p. 184). En effet, un parent ne souhaite que le meilleur pour son enfant, il l'idéalise, ne voit qu'un enfant parfait et merveilleux. L'annonce du handicap peut être vécue comme un réel éclatement et engendrer pour le parent de la colère, de la tristesse, du désespoir et même de la culpabilité ; c'est lié à la difficulté d'une prise de conscience de la différence et de son caractère progressif. Le handicap n'est pas toujours détecté à la naissance. L'observation de retard de développement, pointée par les médecins, peut générer une inquiétude latente d'une potentielle différence. Très souvent le diagnostic tarde à être posé, les parents sont dans une attente avec cet espoir d'une erreur de diagnostic. Elizabeth Zucman parle de « *la violence des apparences* ». Elle donne l'exemple d'une famille entrant avec son nouveau-né dans les bras dans la salle d'attente d'un service de neurologie pédiatrique où se trouvent des personnes en fauteuils avec des appareillages divers. Ces personnes représentent probablement un potentiel futur pour leur enfant (Tézenas du Montcel, 2017, p. 396).

Chaque enfant rend parent mais ici le handicap vient mettre à mal ces premières relations car l'enfant ne réagit pas comme le parent s'y attendait.

Dans le cas où l'enfant a suivi un développement normal et se retrouve en situation de handicap à la suite d'un accident de la vie (accident vasculaire cérébrale, accident de la circulation, etc.), le choc peut être grand pour les parents. En l'espace d'un instant, l'enfant qu'ils ont connu devient un étranger, il ne réagit ni n'agit plus pareil.

Vignette clinique en CSMI : Sandro, petit garçon de 3 ans, victime du syndrome de l'enfant secoué alors qu'il était chez la nourrice. Son handicap est venu à la suite de nombreuses secousses et de coups donnés au visage. À la suite de cette scène, le médecin suspecte un traumatisme crânien et le risque de perdre certaines acquisitions. La mère est démunie car elle ne reconnaît plus son enfant, il n'agit plus comme avant, nous voyons là une rupture relationnelle.

Chaque membre de la famille va évoluer à son rythme et intégrer petit à petit le handicap : certains surprotègent leur enfant, d'autres les surstimulent. La façon dont la personne en situation de handicap moteur va être perçue par son entourage aura un impact sur sa relation à son corps et aux autres.

I.3.3.2. Les comportements parentaux

A la suite de l'annonce du handicap, celui-ci impose des réaménagements psychiques pour les parents qui s'apparenteraient au travail de deuil (Gardou, 2006). Il y a tout d'abord une étape de sidération, de choc avec un certain abattement : pourquoi cette situation arrive-t-elle à leur enfant ? Puis, il peut parfois s'ensuivre une grande phase dépressive, avec de la tristesse, de la solitude et des insomnies, due parfois à la culpabilité par rapport à ce qui arrive à leur enfant. Cet événement vient remettre en cause leur situation de parent, c'est une période douloureuse pour eux.

La déception première est alors amenée à ressurgir à chaque situation d'échec qui rappelle les limitations d'activités imposées par le handicap. Le handicap vient montrer très tôt une altérité de l'enfant aux parents, ce qui engendre une séparation psychique brutale mettant à mal l'attachement. Enfin, une phase de rétablissement, de

réaménagement, va succéder à la souffrance. Les parents acceptent la réalité, rompent avec l'idée de l'enfant idéalisé et adaptent leur vie quotidienne à leur enfant. « *Leur douleur ne s'évanouit pas, mais elle est apprivoisée, apaisée, pacifiée, mûrie* » (Gardou, 2006). Le handicap de leur enfant leur demande un comportement actif et une capacité permanente d'ajustement pour répondre à ses exigences.

Une angoisse qui ne s'éteint pas, des relations intrafamiliales tissées sur un mode symbiotique augmentent la distance qui sépare les parents du monde extérieur. L'enfant en situation de handicap moteur passe au centre des préoccupations, de peur qu'il lui arrive quelque chose, il y a une surprotection, un véritable dévouement des figures parentales. Mais cela peut engendrer un repli sur soi des parents, une culpabilité et l'envie de réparer « l'erreur » par un autre enfant, etc.

Les parents sont souvent exténués par l'accompagnement de leur enfant, ayant très peu de moments pour eux, car ils sont en permanence présents pour les différents soins, les rendez-vous médicaux de leur enfant. Il y a également une fatigue psychique qui s'instaure causée par cette impuissance, cette incertitude concernant l'avenir et par l'isolement familial qui peut en découler. Tout cela peut impacter la relation avec l'enfant en situation de handicap moteur dans les premières années de sa vie, c'est-à-dire dans la période au cours de laquelle se crée le corps social de l'enfant. L'enfant se construit avant tout dans le regard de l'autre. Il va forger une partie de ses représentations par ce qu'il a perçu de son entourage.

1.3.3.3. Le corps social

Le corps est le premier espace de la personne en situation de handicap, c'est un intermédiaire entre le monde et l'intériorité. Il est le socle d'une construction identitaire, et permet d'exprimer notre subjectivité. Chaque personne a un rapport différent à son corps et cela dépend de ses perceptions.

Le corps tout au long de la vie va vivre de nombreuses transformations physiques. Concernant la personne en situation de handicap, ces changements corporels peuvent se produire à n'importe quel moment sans forcément laisser le temps à la personne d'intégrer ses représentations corporelles, qui peuvent alors être incomplètes.

Le corps de la personne en situation de handicap est en permanence associé aux soins et également aux opérations. Ce corps devient alors instrumentalisé, laissé aux

soignants et aux aidants. Très fréquemment, la personne en situation de handicap, du fait de la fréquence des soins, a peu d'intimité et est partagé entre le besoin de soin et la déstabilisation due à la présence d'une tierce personne pour les soins du quotidien. Cela peut être vécu assez difficilement par la personne elle-même et par les parents du sexe opposé à partir de l'adolescence.

L'apparence physique est dictée par des codes sociaux depuis toujours. Le corps est au centre de tous les regards. La société est habituée aux changements corporels dus à l'âge mais rarement à ceux dus à la maladie. Le corps est avant tout social, c'est la première chose que nous voyons de l'autre. Ce qui attire l'œil chez la personne en situation de handicap, c'est ce corps différent, nous ne pouvons pas nous empêcher de regarder, une curiosité nous envahit, parfois la différence peut faire ressentir du dégoût, de la peur et faire ressortir cette peur de la différence qui est en nous. Les corps différents ont toujours questionné, chacun est différent mais ce qui fonde l'humanité, c'est notre ressemblance. C'est là tout le paradoxe. La société actuelle lutte contre les stéréotypes liés au physique, cependant l'apparence physique reste encore au centre de la société.

Les troubles du tonus peuvent avoir un impact sur la relation mère-enfant (par mère, on entend toute figure parentale ayant comme rôle celui de la mère). L'absence ou la faiblesse de variation tonique chez l'enfant complique la compréhension de sa vie psychique et émotionnelle par la mère. Ce qui renforce encore la sensation d'étrangeté ressentie. Là encore, le tonus va impacter la posture. Quelqu'un qui est par définition replié sur lui-même avec une posture dite en fermeture sera moins avenant que quelqu'un en ouverture.

L'expression de la souffrance est généralement moins corporelle au fur et à mesure des années, grâce à une meilleure intégration des sensations. Toutefois dans le cas du handicap, la mentalisation peut parfois être mise à mal. La connaissance du corps est un apprentissage, son intégration et ses représentations également. Une fois investi, le corps est un outil de relation participant grandement à la vie affective

Nous allons voir dans quelles mesures les entraves du développement psychomoteur que nous avons évoquées précédemment sont un frein à l'accès à la vie affective et à la sexualité.

II. La vie affective et sexuelle

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser plus particulièrement à la vie intime. Lorsque nous parlons d'intimité, cela renvoie directement au corps, mais également à la culture, aux traditions et aux systèmes éducatifs. La vie affective, intime, fait partie de la construction identitaire, de ce fait les deux sont étroitement liées.

II.1. Le développement psycho-affectif

Le développement d'une personne est un long processus en constante évolution. « *Le développement psychique de l'enfant s'opère au travers des dimensions psychomotrice, cognitive et affective au sein desquelles le développement sexuel occupe une place déterminante* » (Discour, 2011). Nous avons précédemment évoqué le développement cognitif, maintenant nous allons nous concentrer sur le développement psycho-affectif qui permet la structuration de la personnalité.

Dès la naissance, le nourrisson va se construire grâce à l'autre. Un enfant naît dans un état de dépendance, la relation revêt donc un caractère vital. Cette construction par la relation fait référence à un concept nommé l'attachement. De nombreux auteurs parlent de l'attachement : Winnicott, Bowlby, Ainsworth ou encore Spitz (Gatecel et al., 2015).

II.1.1. Le bébé et son environnement selon Winnicott

Donald Woods Winnicott énonce le fait qu'un enfant a besoin d'une « *mère suffisamment bonne* » pour bien se développer. Il insiste sur l'importance des soins maternels adéquats pour le bébé qui entraîneront des répercussions sur sa bonne santé psychique. La mère permet à l'enfant, grâce au *holding*, *handling* et l'*object presenting*, présentés dans le chapitre I, de se différencier, de devenir sujet. La mère joue un rôle de miroir pour l'enfant. Cependant, la préoccupation maternelle disparaît peu à peu pour laisser la place à une plus grande autonomie. Progressivement, l'objet transitionnel se met en place. C'est un objet qui lors de la séparation permet à l'enfant de garder trace d'un lien avec sa mère absente, puis l'enfant s'autonomise et arrive à vivre des expériences loin de ses figures d'attachement. D.W. Winnicott démontre donc l'importance des expériences affectives du nourrisson.

II.1.2. Le concept d'attachement

John Bowlby s'est, quant à lui, intéressé, en 1969, aux effets pathologiques de la séparation mère-enfant. Il est à l'origine du concept d'attachement (Lemoust de Lafosse & Blanc, 2016). Pour lui, un enfant est par nature social. L'attachement est un besoin biologique qui permet le bon développement et les relations sociales de l'enfant. Grâce à cet attachement, l'enfant se sentira suffisamment sécurisé pour explorer et revenir à sa mère s'il ne se sent plus suffisamment en sécurité. Mary Ainsworth dit de la mère qu'elle est une « *base sécurisante* ». « *Plus la personne est dépendante, plus la relation avec une figure d'attachement s'avère indispensable* » (Miljkovitch, 2017). Cela montre que l'âge n'est pas lié à la sécurité interne, une personne âgée ayant perdue son autonomie se retrouve elle aussi dans un état de dépendance, tout comme la personne en situation de handicap peut l'être. La vulnérabilité de la personne peut abaisser le seuil d'activation du système d'attachement. Marie Main explique que parfois, l'enfant n'obtiendra pas les réactions escomptées à son appel, elle parle alors d'attachement insécure. Mary Ainsworth et Mari Main ont catégorisé les différents types d'attachements : sécure, insécure ambivalent, insécure évitant et désorganisé.

II.1.3. Les effets de la séparation selon Spitz

René Spitz décrit le syndrome d'hospitalisme en montrant qu'un enfant séparé précocement de sa mère durant une période de plusieurs mois peut présenter une dépression anaclitique dû à une carence affective et pouvant aller jusqu'à entraîner le décès de l'enfant (Gatecel et al., 2015).

II.1.4. L'accordage affectif

L'accordage affectif « *est un acte d'intersubjectivité dans lequel le parent répond à une expression affective du bébé en la remaniant d'une autre façon et en la rejouant au bébé pour lui montrer qu'il a partagé son expérience subjective interne* » (Gatecel et al., 2015, p. 332). Daniel Stern introduit cette notion pour désigner la réponse de la mère à son enfant. Cette réponse consiste à « imiter » l'enfant pour lui faire sentir que la mère est en accord avec lui. Il ne s'agit pas d'une simple imitation, celle-ci doit être différée et doit introduire un décalage dans la réflexion de l'enfant. L'imitation différée doit reproduire « *les propriétés de l'expérience affective intérieure, en particulier*

l'intensité, la répartition dans le temps (durée, mesure, rythme) et la forme » (Gatecel et al., 2015, p. 333). Ce remaniement de la pensée du bébé sur une autre modalité sensorielle permet cet accordage affectif. L'accordage est très important pour le développement du sujet. Toute relation est un ajustement incessant à l'autre, l'ajustement des paroles, de la posture, etc. afin de s'accorder à l'autre.

Grâce à ces nombreux auteurs, nous voyons donc que le système d'attachement est fondamental pour le développement du sujet. L'attachement va également être lié au développement des affects, et donc à la vie affective. Il aura également une importance pour la sexualité adulte. Cependant, parler de la sexualité à l'âge adulte exige de s'interroger sur le développement même de la sexualité. Le développement psychosexuel est sous la dépendance d'une série de facteurs organiques, cognitifs, affectifs et socioculturels.

II.2. La psychogenèse de l'identité sexuelle

La psychogenèse de l'identité sexuelle correspond à l'identité personnelle, à la structuration de la personnalité. Nous allons voir comment la personnalité d'un sujet se construit depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte.

En psychanalyse, la sexualité ne désigne pas seulement l'activité sexuelle, mais Sigmund Freud en élargit le sens à tout ce qui se rapporte à éprouver du plaisir. La sexualité adulte résulte d'un ensemble de tendances partielles acquises durant la prime enfance. Il a formulé l'hypothèse selon laquelle la fonction sexuelle se constitue petit à petit à travers plusieurs phases d'organisation. La sexualité adulte est caractérisée par une tendance totale. Parler de sexualité infantile, c'est d'une part reconnaître l'existence d'excitation corporelle ou de besoins précoces du nourrisson jusqu'à l'âge adulte. D'autre part, cela va mettre en jeu des zones corporelles particulières qui ne sont pas limitées aux zones génitales. Le but de la sexualité est l'obtention d'un plaisir à tous les stades. Il dit qu'à chaque âge de la vie, il y a une forme de sexualité différente et que cela fait partie d'un développement sain chez l'enfant.

Dans son ouvrage, Trois essais sur la théorie sexuelle, en 1905, Sigmund Freud décrit une sexualité dès la vie intra-utérine. Il constate qu'il y a une diversité de sources d'excitation corporelle, particulièrement présente durant la première année de vie.

Mélanie Klein parle même des six premiers mois de la vie comme étant décisifs en termes de diversité des sources d'excitation corporelle. Selon S. Freud, la pulsion sexuelle n'est pas d'emblée unifiée, elle est d'abord morcelée en diverses pulsions partielles. Chaque pulsion étant en lien avec telle ou telle zone corporelle. Nous parlons de satisfaction corporelle locale ou encore de plaisir d'organes pour bien spécifier qu'il s'agit d'une pulsion partielle assimilée à une zone spécifique corporelle. Dans ce contexte où il y a une diversité extrêmement importante des sources d'excitation corporelle, nous parlons de période d'auto-érotisme. Cela montre le caractère primitif du fonctionnement de l'enfant mais également une immaturité psycho-affective.

Concernant le fonctionnement psychologique d'un sujet, nous dirons qu'il a un fonctionnement primaire pour décrire qu'il en est au tout début de la construction de sa personnalité. À ce stade-là, ses pulsions sont encore partielles. Par la suite, les pulsions secondaires arrivent. Ces pulsions vont s'organiser et s'unifier bien plus tard, à partir de 3-4 ans. Il arrive que ces dernières s'unifient plus tardivement comme au moment de l'adolescence ou bien même plus tard pour certains sujets adultes. Il peut également arriver qu'elles restent à l'état initial, c'est-à-dire partielles. Si elles restent sous forme de plaisir d'organes à l'âge adulte, nous pourrions nous questionner sur la maturité de l'adulte. D'un point de vue affectif, la question de la maturité avec l'accès à l'âge adulte se traduit par une unification des pulsions partielles en une pulsion totale.

Jean Laplanche et Jean-Bernard Pontalis, définissent la pulsion, dans leur ouvrage s'intitulant Vocabulaire de la psychanalyse, comme étant « *un processus dynamique consistant dans une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but* ». Selon S. Freud, la pulsion a sa source dans une excitation corporelle qui va générer un état de tension corporelle. Cette tension va être supprimée dans l'objet (c'est-à-dire le réceptacle possible d'une pulsion, il est ce en quoi et par quoi, la pulsion cherche à atteindre son but (satisfaction, plaisir)). Grâce à lui, la pulsion va atteindre son but, c'est-à-dire une satisfaction corporelle et une suppression de l'état de tension. Ils définissent également la libido comme étant « *la valeur dynamique des tendances sexuelles infantiles ou adultes* », elle désigne la force avec laquelle va se manifester l'instinct sexuel. Par exemple, des personnes peuvent présenter une anhédonie qui est la perte de plaisir ou à l'inverse, une addiction au sexe.

S. Freud distingue trois périodes dans la psychogenèse de l'identité sexuelle, tout d'abord la prime enfance, puis la période de latence et enfin le stade génital.

II.2.1. La prime enfance

La période de la prime enfance va être caractérisée par des orientations extrêmement variées de la libido, de cette énergie sexuelle qui va investir diverses zones corporelles. La prime enfance démarre à la naissance et se termine aux 6 ans de l'enfant. Durant cette période, la sexualité va passer par trois phases bien distinctes qui se succèdent dans un ordre chronologique précis. Ces trois phases impliquent de grandes fonctions physiologiques, elles vont mettre en jeu une activité sexuelle dont les buts sont radicalement différents. Les trois stades sont le stade oral qui correspond aux deux premières années de l'enfant, le stade sadique anal de 2 à 4 ans et enfin le stade phallique de 4 à 6 ans (Pagès, 2017a).

II.2.1.1. Le stade oral

Durant le stade oral, le plaisir sexuel est lié de façon prédominante à l'excitation de la cavité buccale et des lèvres. La fonction physiologique alimentaire prédomine de façon majeure. Le mode de relation du nourrisson avec son environnement est l'incorporation. L'incorporation renvoie au fantasme le plus primitif qui est le cannibalisme avec le sein de la mère. Karl Abraham, un disciple de S. Freud, va distinguer deux périodes au cours de ce stade oral : le stade précoce de succion et le stade sadique-oral.

Le stade précoce de succion, de la naissance aux 6 mois de l'enfant, est caractérisé par la succion du sein de sa mère. Lorsque cette dernière est absente, l'enfant va apprendre à sucer son pouce, il se donne une satisfaction auto-érotique, nous parlons alors de masturbation primaire.

Lors du stade sadique-oral, à partir de 6 mois jusqu'à 12 mois, les pulsions ne sont pas les mêmes, les dents apparaissent, l'activité de morsure et de dévoration vont impliquer une destruction de l'objet. Une ambivalence pulsionnelle va se présenter ; en effet, conjointement à la destruction de l'objet, apparaît le fantasme d'être dévoré par la mère, les pulsions peuvent être dirigées sur un même objet, ici la mère. Ce qui va mettre fin à ce stade est le sevrage qui va être vécu comme une frustration. L'enfant a conjointement cette relation de totale dépendance à la mère avec cette illusion qu'il

satisfait ses besoins par lui-même. A ce stade, le corps de la mère et celui de l'enfant ne font qu'un. Mélanie Klein dira que « *le sein est le prolongement de la bouche de l'enfant* », comme s'il y avait une continuité corporelle, cela montre à quel point cette relation est fusionnelle. S'il y a un arrêt du développement affectif à ce stade-là, selon le tableau de Bergeret, l'enfant peut être dans un fonctionnement particulièrement immature d'un point de vue affectif.

II.2.1.2. Le stade sadique-anal

Le stade sadique-anal se situe entre les 2 et les 4 ans de l'enfant. Il va être caractérisé par une organisation de la libido sous le primat de la zone érogène anale. L'érotisme est lié à la défécation et à la rétention des fèces et leurs symboliques. Ce stade est caractérisé par cette ambivalence. L'apprentissage de la propreté est complexe car l'enfant se retrouve dans une situation bipolaire entre la rétention et l'expulsion, l'activité et la passivité. Karl Abraham va distinguer deux phases dans ce stade : une première où l'érotisme anal est lié à l'évacuation et la pulsion sadique à la destruction, donc liée au sadisme, et la deuxième où l'enfant privilégie la rétention des matières fécales qui elle est lié au masochisme. Le sadomasochisme est l'expression d'un fonctionnement sexuel qui rend parfaitement compte de cette bipolarité. A ce stade, l'enfant accède à la fonction symbolique qui est le langage, il est également dans une illusion de toute puissance. Il commence à avoir une prise de conscience de lui avec l'utilisation du pronom « Je ».

Ces deux premiers stades, le stade oral et le stade sadique-anal, sont appelés stades pré-génitaux, ils correspondent à des organisations de la vie sexuelle dans lesquelles les zones génitales n'ont pas encore imposé leur primat, n'ont pas encore été investies dans le sens affectif. C'est l'investissement qui va générer un mode de relation avec l'environnement qui va tourner autour des zones génitales.

II.2.1.3. Le stade phallique

Le stade phallique se situe aux alentours des 4 à 6 ans de l'enfant. La libido à ce stade-là, pour les deux sexes, est sous le primat du phallus. Le phallus est la représentation symbolique de l'organe génital masculin. S. Freud constate que le petit garçon est d'abord dans un déni de la réalité, il pense que tout le monde a un pénis puis s'ensuit une phase d'explication où il va chercher à comprendre pourquoi les

femmes n'ont pas de pénis. Pour le petit garçon, les femmes ont subi une castration consécutivement à une faute commise, une menace de castration arrive à ce moment-là. Cette menace s'explique par le fait que l'enfant croit que s'il commet une faute, il sera à son tour castré. En découle un choc, le petit garçon réalise que sa mère a commis une faute, cette mère qui était son premier objet d'amour. Nous voyons poindre les débuts du complexe d'Œdipe, avec cette dépréciation de la femme, de laquelle l'enfant va se détourner pour aller vers son père.

Le complexe d'Œdipe est l'ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses deux parents. Avec l'angoisse de castration, l'enfant assimile les interdits concernant l'inceste. Entre l'amour de sa mère et l'amour narcissique qu'il porte à son pénis, il choisit le pénis. Nous parlons alors de masturbation secondaire. Tout cela marque la fin de l'amour œdipien. Chez la petite fille, cela se déroule comme chez le petit garçon, elle constate qu'il lui manque un pénis, elle a donc été punie, cela va entraîner une envie de pénis. S. Freud parle dans ce cas de complexe de castration, qui se transforme en envie d'avoir un enfant avec son père.

Le déclin du complexe d'Œdipe permet à l'enfant d'accéder au principe de réalité. Cela est réactivé à la puberté et a un rôle dans la structuration de la personnalité, l'orientation du désir humain et le sentiment de culpabilité.

II.2.2. La période de latence

La période de latence, qui se déroule des 6 ans de l'enfant jusqu'à la puberté vers 11-12 ans, est caractérisée par une activité importante des barrières psychiques de répression libidinale. Il y a une perte de l'activité libidinale avec un processus de sublimation et de secondarisation des pulsions, dans le sens où l'énergie n'est plus investie dans cette activité libidinale. Elle est utilisée à d'autres fins, comme la socialisation de l'enfant, les apprentissages. L'enfant explore l'environnement en dehors de son cadre familial. Au cours de cette période, nous observons également une amnésie psychique concernant la période de la prime enfance. De nouveaux comportements apparaissent, comme la pudeur et le dégoût pour les fonctions organiques.

II.2.3. Le stade génital

Le stade génital démarre à la puberté. Cette dernière marque le début de la sexualité adulte. A ce stade de construction de l'identité sexuelle, il y a un nouvel essor de la libido avec l'apparition des règles, de l'éjaculat, le développement des caractéristiques secondaires et l'inauguration de la sexualité adulte caractérisée par le coït. Cela ne veut pas dire que la sexualité adulte se limite à cet objectif-là. L'adolescence est une étape charnière où le corps occupe une grande place et *« quelle que soit la structure psychique envisagée – psychose, névrose, états limites, pathologies déficitaires –, l'adolescence va avoir ses effets de tumulte et de bouleversement, qui vont impliquer un changement corporel et des transformations psychiques, nécessaires à l'intégration de ces changements »* (Potel, 2015b, p. 19).

Les adolescents sont tiraillés entre le désir de régression et celui d'une émancipation accélérée. *« Les transformations physiques s'accompagnent de nouveaux besoins, non encore repérés comme tels, qui ne peuvent se vivre tranquillement et qui impriment dans le corps et dans la tête des émotions qui traversent et qui bousculent : excitation, honte, culpabilité... Les émois d'une sexualité nouvelle brûlent, obsèdent, attaquent, empêchent de penser »* (Potel, 2015a, p. 74). Il y a une véritable crise identitaire à la puberté et le début d'une orientation sexuelle. S'observe également une unification des pulsions partielles en une pulsion totale avec l'acceptation qu'un même objet puisse être à la fois bon et mauvais, qu'une même personne puisse donner de la tendresse et de la sensualité.

Selon S. Freud, la convergence du courant tendre et sensuel vers une même personne est un accès à l'âge adulte. Le courant tendre correspond à tout ce qui renvoie à la relation affective, et le courant sensuel c'est véritablement l'acte sexuel qui procure une jouissance. A ce stade, nous parlons de masturbation tertiaire, car elle est accompagnée de fantasmes dirigés vers des objets choisis hors de la famille.

La sexualité a une fonction essentielle dans la représentation imaginaire de son corps, c'est-à-dire dans l'image du corps. Françoise Dolto a théorisé ce concept en partant de l'investissement successif des différentes parties du corps anatomique qui viendraient nourrir l'image inconsciente du corps. Selon elle, le plus difficile est de centrer sa tendresse et ses émois sexuels sur le même objet d'amour.

Les investissements partiels successifs du corps au cours du développement affectif permettent l'édification du Moi, c'est-à-dire la relation du sujet à lui-même, mais également du Soi, qui est la relation du sujet avec les autres. « *Le sujet est confronté à des perceptions, des sensations, des émotions nouvelles et inconnues qu'il devra éprouver dans l'expérience de la satisfaction et du plaisir* » (Discour, 2011). Selon Valérie Discour, l'adolescence est une période pleine de remaniements tant psychiques que corporels, avec notamment l'éveil de la sexualité génitale.

II.3. Le corps à l'adolescence

L'adolescence est directement marquée par une ambivalence, c'est une période de transition, de transformations corporelles pour aller vers l'âge adulte. L'adolescence est comprise entre 10 et 19 ans selon l'OMS. Cette période, au cours de laquelle le corps va subir un bouleversement hormonal, est également appelée la puberté. L'hypophyse et l'hypothalamus se mettent à produire des hormones qui vont agir sur les organes sexuels (ovaires et testicules), qui vont à leur tour sécréter des hormones sexuelles : les œstrogènes chez les filles et la testostérone chez les garçons. Ces hormones génèrent l'apparition de changements corporels comme l'apparition des caractères sexuels secondaires. La puberté commence généralement entre 8 et 14 ans chez les filles, tandis que chez les garçons elle débute entre 9 et 14 ans. Pour atteindre une maturité sexuelle complète, la puberté des filles dure quatre ans tandis que celle des garçons dure six ans (Ameli, 2022).

II.3.1. Les remaniements pubertaires

La puberté entraîne des remaniements tant psychiques que corporels : « *La transformation dont les adolescents sont à la fois objets et sujets est déterminée par une modification de leur corps et donc par une remise en cause de leurs relations intérieures avec leur corps* » (Kestenberg, 1999). Comme vu précédemment, l'individu se construit par ses relations avec autrui mais également en lien avec son propre corps. Selon S. Freud, les besoins sexuels et la sexualité accompagnent l'individu depuis sa prime enfance ; cependant, ce n'est qu'à l'adolescence qu'il est réellement confronté aux émois d'une nouvelle sexualité. Une sexualité qui était au début auto-érotique va petit à petit se tourner vers l'autre.

Le corps y tient une grande place, avec les changements qui y sont associés. « *Le sentiment d'existence, initialement lié à la sensation d'avoir un corps habité et pensé par soi – ce que ne connaît plus un adolescent à l'intérieur de lui, souvent débordé par l'intensité de la poussée pubertaire –, est remis en doute* » (Potel, 2015a, p. 74). Catherine Potel montre le travail de réappropriation de son corps auquel l'adolescent doit faire face. Daniel Marcelli parle même du corps « *bruyant* » de l'adolescent, avec ses douleurs somatiques en parties dues à la croissance mais également à une souffrance psychique, il est « *mal dans sa peau* » ou « *à fleur de peau* » (Marcelli et al., 2018a, p. 193). La puberté induit des changements physiques touchant la taille, le poids, la musculature, la pilosité. Elle n'a pas les mêmes répercussions physiologiques chez le garçon que chez la fille. Celles-ci vont varier également d'un individu à un autre : transformation de la voix, éjaculation nocturne, érection pour le garçon et développement des seins, élargissement des hanches, menstruations pour les filles. Ces transformations inquiètent, elles viennent modifier le corps propre.

II.3.2. À la recherche d'une identité

Selon David Le Breton, « *au processus d'adolescence s'associe enfin un besoin d'expérimentation intense, un "sur-éveil corporel" qui passe par la "recherche de sensation" permettant d'éprouver ses limites et de maintenir à distance son monde intérieur* » (Marcelli et al., 2018a). L'adolescent peut sentir le besoin de tester ses limites, d'avoir des conduites dites à risque comme l'abus de substances par exemple. Cela passe également par le sport.

C'est également la période où l'adolescent affirme son identité sociale en se démarquant des autres, en essayant de nouveaux vêtements, de nouvelles coiffures, le corps devient alors un moyen d'expression à part entière, « *être soi mais pareil aux autres* » (Potel, 2015a, p. 76). L'adolescent ressent un besoin de s'affirmer tout en étant rassuré par l'appartenance à un groupe. Mais cela peut également se traduire par une insatisfaction corporelle. En effet, l'image du corps change du fait de la transformation morphologique pubertaire. L'organisation de l'image du corps, qui a pour base l'affectif, va être remaniée. A cette période peut apparaître une dysmorphophobie, qui est un regard négatif qu'une personne peut porter sur une partie de son corps.

II.3.3. La relation à l'autre

D'après Geneviève Ponton, au cours de notre développement psychomoteur, nous nous construisons selon trois niveaux de relation :

- La relation à soi, qui se construit par les sensibilités proprioceptives et intéroceptives, permet la conscience d'un être unique, un tout différencié de l'autre.
- La relation à l'autre, qui est édifiée par la sensibilité extéroceptive. La reconnaissance de l'existence de l'autre confirme ma propre existence comme semblable et différenciée.
- La relation à l'environnement, qui est permise par la sensibilité extéroceptive. La personne est issue d'un milieu, d'une culture, d'une lignée, d'une famille ce qui lui permet de structurer sa conscience de l'espace et de s'y situer.

Ces trois niveaux relationnels interagissent perpétuellement entre eux d'un point de vue fonctionnel et global, ils ne peuvent donc pas être dissociés.

Comme nous venons de le voir, la relation à l'autre occupe une place importante dans la construction de notre identité. Ce rapport à l'autre change à l'adolescence, l'autre devient son miroir, qui rassure, mais l'autre peut également avoir un regard jugeant. Les regards envers le sexe opposé ne sont plus les mêmes qu'au moment de l'enfance, plus généralement le regard envers l'autre change, impliquant un jeu de séduction et les expressions corporelles qui y sont associées comme par exemple, les réactions de prestance, le visage qui rougit, les mains moites (Annexe n°4). Ce changement de relation avec l'autre soulève alors la notion d'intimité. Lorsque nous pensons « intimité », nous l'associons immédiatement à celle du corps, une intimité s'éprouve. Elle est « *liée à la maturité affective de l'enfant* » (Potel, 2019c, p. 87), dans le sens où l'adolescent éprouve des sensations et est en capacité de les intégrer, de les représenter. Cela lui permet ainsi de visualiser ses propres limites corporelles. La pudeur est également présente à l'adolescence, elle permet de signifier à l'autre que son corps lui appartient, qu'il s'agit de son intimité, et ce faisant, il reconnaît également l'intimité de l'autre. L'adolescence et la puberté marquent un tournant concernant la sexualité du sujet. Nous allons à présent nous intéresser à cette dernière.

II.4. La sexualité et le handicap moteur

II.4.1. Généralités sur la sexualité

II.4.1.1. Historique

Depuis des siècles, la sexualité n'a cessé d'être au centre des mœurs, plus ou moins libérées et débridées selon les siècles et les castes, la culture, les religions et les tabous. Les pratiques sexuelles sont façonnées par l'imaginaire et par des représentations. Il n'y a pas une sexualité unique mais bien de multiples sexualités, « sexualité » au sens d'une expérience corporelle, mentale, sociale et politique. « *La sexualité inclut en elle-même une part d'agir, elle nécessite une élaboration mentale et mobilise le corps et son image* » (Marcelli et al., 2018b, p. 255). Du fait des modifications psychiques engendrées par l'adolescence, l'adolescent va avoir besoin d'aide pour organiser ses nouvelles représentations, ses nouvelles sensations tant psychiques que corporelles. De la même façon qu'un adolescent va se cultiver à l'école et apprendre la grammaire et l'histoire, il est tout aussi important pour lui de recevoir une éducation à la sexualité afin de répondre à ses interrogations, à ses inquiétudes.

II.4.1.2. Définition

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). La santé sexuelle est un état fondamental à tout être humain à tout moment de sa vie. Elle n'est ni innée ni acquise, elle est en perpétuel changement. La santé sexuelle est vraiment un apprentissage qui permet à l'individu de se développer.

II.4.1.3. L'éducation à la sexualité

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire contribue à l'apprentissage d'un comportement responsable, dans le respect de soi et des autres. La circulaire du 12 septembre 2018 (Blanquer, 2018) met en avant une éducation visant à la connaissance, au respect de soi, de son corps et au respect d'autrui, sans dimension sexuelle *stricto sensu* à l'école élémentaire. Elle est complétée, à l'adolescence, par une compréhension de la sexualité et des comportements sexuels dans le respect de l'autre et de son corps.

L'éducation à la sexualité est inscrite dans le Code de l'éducation. L'article L. 312-16 est ainsi libellé : « *Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes. Elles contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain. Elles peuvent associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du Code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la Santé peuvent également y être associés.* »

Le ministère de l'Éducation montre bien l'importance d'avoir une éducation à la sexualité durant la scolarité des jeunes, car c'est un pilier pour le développement de tout individu. Cette approche globale permet aux jeunes d'adopter des comportements positifs dans leurs relations avec les autres. L'éducation sexuelle, telle qu'elle est proposée, est axée principalement sur la prévention. Ainsi, cette éducation se fait principalement par rapport à la notion du risque, c'est-à-dire les risques de grossesse non désirée, d'infections sexuellement transmissibles, etc. De ce fait, les autres enjeux, tels que les enjeux émotionnel, relationnel, liés au plaisir, etc., passent au second plan ou sont complètement omis.

Nous allons nous intéresser à la sexualité dans sa dimension d'expression de la vie affective plus que dans la dimension de l'acte sexuel. Selon les anthropologues et les historiens, il n'y a aucune dimension naturelle de la sexualité, elle est totalement sociale et culturelle. Elle est façonnée par un ensemble de normes, de codes, de

valeurs et même de représentations esthétiques. Les pratiques sexuelles sont « cadrées » par des normes qui sont socialement écrites, ce qui implique implicitement que dès que nous sortons de cette matrice, un sentiment de culpabilité ou de honte, de provocation à sortir de la voie tracée apparaît, rendant le sujet tabou.

II.4.2. Le cadre légal

II.4.2.1. Quelques généralités

La loi du 21 avril 2021 indique que la majorité sexuelle est fixée à 15 ans, c'est-à-dire qu'à partir de cet âge, un mineur peut avoir des relations sexuelles avec un majeur n'ayant pas autorité sur lui. Elle stipule également que l'âge de consentement est de 13 ans ; en deçà de celui-ci, il existe une présomption irréfutable de non-consentement (Loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste, 2021). Dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, l'article 8 donne le droit de fonder une famille ; l'article 21 interdit toute discrimination ; l'article 26 donne droit à bénéficier des mesures visant à assurer l'autonomie des personnes en situation de handicap, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie en communauté (Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2012). Plusieurs textes de loi décrivent le droit aux libertés fondamentales à toute personne sans discrimination, mais le droit à la sexualité n'est jamais clairement cité. Nous pouvons donc dire qu'il s'agit d'une liberté, étant donné que rien ne l'interdit. C'est un droit sous-entendu, étant donné que le droit de fonder une famille suppose implicitement un droit à la sexualité.

Il y a de multiples supports pour connaître et comprendre la sexualité, mais très peu concernent les personnes en situation de handicap. A ce jour, la culture pornographique est dominante, c'est devenu la source d'information majeure en matière d'éducation sexuelle. Le problème est que dans ces contenus, l'homme est très souvent actif et la femme passive. De plus, il n'y a aucune question de consentement. Les contenus pornographiques sont principalement hétérocentrés avec un rapport fort de domination masculine, ils ne reflètent en rien une réalité commune des pratiques sexuelles. Les jeunes adolescents et adolescentes apprennent par ce support comment un acte sexuel se déroule. Il y a donc toute une déconstruction, avec une mise en avant du consentement, à effectuer. « *L'adolescent*

ne cesse de s'interroger pour savoir "si c'est normal", "ce qu'en pensent les autres" » (Marcelli et al., 2018a, p. 195), il va donc se construire son éducation sur ce qu'il voit, se questionner sur une norme et sur des pratiques.

II.4.2.2. Le cadre légal relatif aux personnes en situation de handicap

Dans les textes officiels qui traitent des différents aspects de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, la vie intime occupe peu de place. Cependant elle commence à être de plus en plus mise en avant.

L'article 7 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 stipule qu'à toute personne est assurée « *le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité* ». Ainsi, nous devons favoriser des temps d'intimité à la personne accueillie dans la structure. Que ce soit en famille ou en institution, la personne adulte est responsable de ses actes, de ses droits et de ses devoirs, qu'elle soit en situation de handicap ou non.

La circulaire du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences rappelle le droit à la vie affective, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap. L'accès à une sexualité est une liberté fondamentale. Cette circulaire vise également à lutter contre les violences physiques, psychologiques et sexuelles dont les personnes en situation de handicap peuvent faire l'objet. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) révèle « *que les femmes handicapées sont deux fois plus victimes de violences sexuelles que les femmes sans handicap* » (Cluzel, 2021). Le risque de violence sexuelle augmente avec la sévérité du handicap, et un manque d'accès aux informations sur la sexualité empêche d'acquérir des outils pour se protéger. Il est alors indispensable d'offrir aux personnes en situation de handicap un accès aux informations pour se protéger de ces violences mais également pour comprendre la notion de consentement éclairé.

Ces lois et chartes montrent une volonté de mieux traiter, voire de prioriser la question de la vie affective et sexuelle, cependant la mise en pratique n'est pas aussi facile. En effet, dans les structures les moyens ne sont pas forcément assez nombreux. Comme le soulève Marcel Nuss, certaines personnes, en fonction du degré de leur

handicap, nécessitent l'intervention d'une tierce personne afin d'accéder à une sexualité. En France, l'accompagnement à la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap est assez controversé. Les assistants sexuels sont en cours de débat, alors que dans certains pays comme les Pays Bas, cela existe depuis de nombreuses années.

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre I, une personne en situation de handicap moteur a pu avoir un investissement narcissique ainsi qu'une qualité d'attachement quelque peu chamboulé. En grandissant, ces personnes sont constamment au centre d'une ambivalence : « *une invisibilité sociale malgré un corps trop visible* » (Ancet, 2016, p. 70), elles subissent des regards trop insistants ou alors au contraire des regards fuyants. « *Le corps difforme fait écran à la rencontre avec l'autre, il est une barrière, un obstacle à la reconnaissance d'autrui. Sa visibilité fait de l'ombre à la personne dont elle est l'apparence* » (Ancet, 2016, p. 72). Que nous le voulions ou non, il y a une part de nous qui ne peut s'empêcher d'avoir de l'empathie pour l'autre. Nous nous mettons à sa place, Thibault Ancet parle également « *d'empathie motrice* » permise grâce aux neurones miroirs. Lorsque nous regardons quelqu'un en situation de handicap, nous sommes pris dans son corps, nous regardons sa différence, l'autre apparaît comme « *un miroir déformant* ». Heureusement, il ne s'agit là, en général, que du premier regard, qui n'est propre qu'au physique. Ensuite, nous prenons dans la plupart des cas le temps de découvrir l'autre.

II.4.3. La sexualité et le handicap moteur

Malgré la tendance actuelle de libération de la parole sur la sexualité, l'alliance de la sexualité et du handicap reste encore assez fragile. Il y a une forte tendance à infantiliser les personnes en situation de handicap et encore plus celles en situation de dépendance physique. Infantilisation dans le sens où elles n'auraient pas de sexualité, où la personne est perçue comme un individu fragile qui ne répond pas aux mêmes codes et représentations qu'un individu valide. Si nous prenons l'exemple du livre L'Ange et la bête d'Alain Giami, il y raconte la campagne de prévention du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les personnes « *handicapées mentales* ». Il leur est proposé, voire imposé, de se faire stériliser pour endiguer la propagation du VIH. Le problème est que cette stérilisation est réalisée en l'absence de l'obtention d'un consentement libre et éclairé. Elle soulève également un problème sociétal, celui

de faire comme si de rien n'était, dans le sens où A. Giami décrit que sur le « *plan symbolique, cette pratique peut être interprétée comme résultant des deux aspects de la représentation de la sexualité des handicapés mentaux. Elle permet de lutter contre la dimension "bestiale" et le caractère incontrôlable attribués à la sexualité de ces personnes. Elle maintient intacte l'illusion de son caractère "angélique" et infantile en excluant ces personnes de l'un des risques majeurs de l'activité génitale adulte, à savoir la procréation* » (Giami et al., 1983, p. 16). « *Pour les personnes handicapées physiques, pleinement responsables, au même titre que tout individu valide, les décisions dans le domaine relationnel, affectif et sexuel leur reviennent avec les mêmes droits et les mêmes devoirs que pour tout citoyen* » (Mercier, 2005).

II.4.4. La sexualité du point de vue psychomoteur

« *La sexualité, pour les psychomotriciens, se définit comme l'ensemble des comportements sexuels à visée relationnelle. Elle est régie par nos désirs et favorise l'expressivité corporelle, émotionnelle et affective. Elle permet des expériences sensorimotrices qui participent au développement du sujet et peut être source de questionnements. Enfin, elle est influencée par les normes socioculturelles* » (Versini, 2016).

La sexualité est donc définie par des comportements à visée relationnelle, or chez les personnes en situation de handicap moteur, nous venons de voir que cet aspect relationnel peut être compliqué. En effet, il peut arriver que leur confiance en elles soit ébranlée, il peut y avoir une blessure narcissique du fait de ne pas être perçues par les autres comme elles sont réellement. L'image inconsciente du corps est très souvent négative chez les personnes en situation de handicap moteur. L'être humain est un être social et, qu'il le veuille ou non, il se compare aux autres, « *se voir et être vu reste une expérience particulièrement difficile pour qui pense ne pas correspondre à ce qu'il devrait être* » (Ancet, 2016, p. 75). L'image du corps se nourrit des relations vécues, du contact perçu. De ce fait, elle est également sociale et culturelle.

« *Les personnes handicapées physiques recherchent comme tout le monde un équilibre affectif, relationnel et sexuel. En cela leur sexualité n'est pas différente de celle des autres : elles désirent, éprouvent du plaisir, et aiment, quels que soient leur handicap physique et leurs déficiences* » (Mercier et al., 2007, p. 177). Comme nous avons pu le voir précédemment, les expériences corporelles ont pu être entravées

dans les sphères toniques, motrices et quelquefois affectives. Les enfants explorent leur corps lorsqu'ils sont jeunes, y compris les parties génitales. Comment cela se passe-t-il quand le corps entrave les explorations, quand ils ne peuvent pas découvrir leurs zones érogènes dès la prime enfance ? Il peut y avoir des déficiences fonctionnelles compliquant la sexualité, comme une hypoesthésie (c'est-à-dire une perte de sensibilité) sur certaines zones corporelles, voire sur les parties génitales, des problèmes d'érection, etc.

La grande dépendance chez certaines personnes en situation de handicap moteur pour les actes de la vie quotidienne a également un impact sur l'accès à et l'exploration de leur corps, comme nous avons pu le voir précédemment avec les expériences corporelles entravées et leur investissement corporel.

III. Les spécificités du psychomotricien dans la prise en soin de jeunes adultes en situation de handicap moteur

III.1. Présentation de l'institution

La structure dans laquelle j'effectue mon stage est un Institut d'éducation motrice (IEM) qui accueille 118 jeunes : des jeunes enfants, des adolescents et des jeunes adultes, de 5 à 20 ans. Cet établissement est médico-social, il est agréé par l'annexe 24 bis du décret n°89-798 du 27 octobre 1989. L'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte accueilli à l'IEM est en premier lieu atteint de déficience motrice avec ou sans trouble associé et rencontre des difficultés à se construire dans un milieu de vie ordinaire. Ce sont des personnes pour lesquelles nous identifions différents besoins, comme la prise en compte de leur rythme spécifique, le besoin d'accompagnements socio-éducatifs avec des actions favorisant la socialisation et l'individuation mais aussi l'aide pour accéder aux droits sociaux. Les troubles associés peuvent être des déficiences organiques, psychiques, cognitives, sensorielles ou encore comportementales, mais également des troubles psychoaffectifs, des troubles des apprentissages, une déficience intellectuelle, des troubles de la personnalité, etc.

Le système d'organisation groupale est consécutif de l'âge, mais aussi de la prise en compte des marqueurs culturels, sociaux et psycho-affectifs. Le système d'accueil à l'IEM repose sur trois seuils générationnels : l'enfance, l'adolescence et la majorité civile de jeunes adultes. Les enfants, adolescents et jeunes adultes sont placés sous la responsabilité d'équipes pluridisciplinaires et sont accueillis dans cinq groupes : les jeunes enfants de 5 ans à 12 ans ; les pré-adolescents de 12-13 ans ; les jeunes adolescents de 13-14 à 16 ans ; les grands adolescents de 15-16 ans à 18 ans ; les majeurs de 18 à 20 ans. L'IEM accueille aussi des jeunes relevant de l'amendement Creton, ce qui signifie que des jeunes de plus de 20 ans peuvent rester dans la structure en attendant d'avoir une place dans l'institution de leur choix.

Les services offerts par l'IEM prennent en compte les soins de réadaptation et les soins psychiques. La primauté du soin et le caractère global du soin sont une mention forte du projet d'établissement.

Chaque enfant bénéficie d'un projet individuel comprenant un projet éducatif, un projet thérapeutique et un projet pédagogique. La plupart des jeunes suivent une

éducation au sein de l'École régionale d'enseignement adapté (EREA) accolée à l'IEM. La proximité entre les deux établissements facilite l'organisation des soins et leurs adaptations au rythme scolaire du jeune accueilli.

Au sein de l'établissement, une enquête annuelle sur les indicateurs fait apparaître des potentialités majeures chez les jeunes concernant leur capacité à accéder à une vie sociale et relationnelle d'adulte. Ceci est possible, malgré une dépendance fonctionnelle importante, des difficultés scolaires massives et une immaturité psychoaffective consécutives au handicap ou des parcours institutionnels souvent très longs depuis la petite enfance.

III.1.1. L'équipe pluridisciplinaire et professionnelle

Pour permettre un accompagnement adapté aux besoins de tous les jeunes accueillis, de nombreux corps de métiers sont réunis au sein de l'IEM. L'équipe pluridisciplinaire se compose d'une équipe administrative, d'une équipe de soin, d'une équipe sociale, d'une équipe éducative et des services généraux. L'équipe administrative comporte un directeur, une directrice adjointe, une cheffe de service paramédical, un responsable des services généraux, six coordonnateurs, un comptable, des secrétaires et des agents d'entretien. L'équipe de soin se compose de médecins de rééducation, neurologue, généraliste et psychiatre, d'infirmières diplômées d'État (IDE), d'aides-soignants, de psychomotriciens Diplômés d'État (DE), d'ergothérapeutes DE, de kinésithérapeutes DE, de psychologues et d'orthophonistes. L'équipe éducative et sociale est composée d'une assistante sociale, d'éducateurs spécialisés et de moniteurs éducateurs. Les services généraux assurent l'entretien des locaux et du linge, la restauration et le transport des enfants et sont composés d'agents techniques et de service.

Face à la grande diversité de pathologies présentes à l'IEM, il est fondamental que l'équipe pluridisciplinaire comprenne les enjeux du handicap et de son évolution, qu'elle croise les regards entre les différents professionnels afin de répondre aux mieux aux besoins du jeune et de permettre une prise en charge globale de ce dernier.

Pour ce faire, il existe des groupes de supervision, de nombreuses réunions de synthèse afin de favoriser les échanges entre les professionnels et d'enrichir la réflexion afin d'avoir une approche intégrative du jeune. Le jeune peut percevoir cette

approche globale, la forte communication autour de lui et peut se sentir rassuré. Dans ce cadre, il pourra oser parler de lui et potentiellement de ses problèmes. L'IEM a pour vocation d'être un lieu où le jeune se sentira en sécurité, où il pourra oser prendre la parole, se sentir en confiance et ainsi développer ses sphères cognitives, affectives et son unité corporelle.

III.1.2. Les droits des usagers

Les droits des usagers, conformément à la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, doivent être garantis, comme le droit à l'information, le droit à l'autonomie, le droit à l'exercice des droits civiques, le respect de la dignité de la personne et de son intimité. Déontologiquement, le respect des droits se trouve renforcé par le respect de la confiance accordée aux professionnels, le respect de la vie privée, de l'intimité et de la dignité.

III.2. La place de la psychomotricité

La psychomotricité est une profession paramédicale au cœur de la santé, elle fait partie des métiers de la rééducation et est au carrefour de plusieurs disciplines. La psychomotricité est « *née au croisement de disciplines multiples : psychiatrie, psychologie, physiologie, neurologie, pédagogie, etc... sciences elles-mêmes en mouvement* » (Perrin et al., 2019). En tant qu'auxiliaire de la médecine, le psychomotricien exerce sous prescription médicale. La profession est définie par un décret de compétences datant de 1988 (Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, 1988). Le psychomotricien prend en compte le patient dans sa globalité, tant dans ses dimensions cognitives, motrices qu'affectives. La psychomotricité s'adresse à toutes les classes d'âges, du nourrisson à la personne âgée, avec des pathologies très diverses comme les troubles neurodéveloppementaux, les troubles neurocognitifs, le polyhandicap, les troubles psychiatriques, les déficiences sensorielles et motrices, etc.

Le psychomotricien « *évalue les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices, tonico-émotionnelles et psychomotrices. Il analyse leur intégration, leurs interactions et il pose un diagnostic psychomoteur. Le compte rendu de cette évaluation et les propositions de soins qui en découlent sont transmis au médecin prescripteur pour*

valider la démarche thérapeutique envisagée. L'objectif des soins psychomoteurs est de permettre au patient de :

- *prendre conscience de son organisation psychomotrice,*
- *d'en réduire les dysfonctionnements, qu'ils soient d'origine psychique ou physique,*
- *de restaurer l'action commune des fonctions motrices, psycho-affectives et cognitives permettant ainsi de s'engager dans l'action et la relation » (SNUP, 2022).*

Le psychomotricien adapte un projet thérapeutique à chaque patient grâce à un bilan prescrit par le médecin. Ce bilan peut être le début d'une prise en charge, il permet de faire un état des lieux des fonctions psychomotrices du patient sur un instant défini. Il va ensuite décider ou non de mettre en place des séances individuelles ou groupales, en utilisant des techniques corporelles, sportives, manuelles ou encore le jeu, les arts plastiques avec des médiateurs comme les balles, les animaux, l'eau, etc.

Selon Catherine Potel, le psychomotricien intervient *« selon cinq axes d'interventions que sont :*

- *la prévention et l'éducation psychomotrice ;*
- *les rééducations psychomotrices ;*
- *les thérapies psychomotrices ;*
- *les médiations thérapeutiques ;*
- *les psychothérapies psychocorporelles » (Potel, 2019d, p. 346).*

Le psychomotricien doit faire preuve de bienveillance, d'écoute, d'adaptabilité et de patience pour aider et accompagner au mieux le patient. Pour cela, le psychomotricien instaure une relation thérapeutique, que nous allons à présent voir plus en détail.

III.2.1. Le cadre thérapeutique

Le cadre d'exercice du psychomotricien s'appuie en partie sur le cadre de l'institution. *« L'institution doit ainsi accompagner les soignants autant que les patients et être garante de son cadre et d'un bon appui qui rend possible l'élaboration nécessaire par l'exposition à ce vaste champ de la souffrance psychique et physique » (Adeline & Scialom, 2015, p. 160).* *« Selon le type d'institution, l'accent est mis sur*

l'éducatif, le rééducatif ou le thérapeutique » (Adeline & Scialom, 2015, p. 161).
« *L'institution est donc un cadre symbolique où toute activité dont l'indication est retenue et justifiée prend un sens thérapeutique pour l'ensemble de l'équipe et le patient* » (Adeline & Scialom, 2015, p. 162).

Le cadre est fondamental en séance de psychomotricité. Le psychomotricien est garant de ce dernier. Le cadre thérapeutique peut être défini comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre* » (Potel, 2019e, p. 357). Il peut être à la fois physique et psychique. Le cadre physique est déterminé par la fréquence des séances, à des heures régulières, durant une durée définie, ce qui permet de lier et de relier à travers le temps, cela donne un rythme à la prise en charge. Il y a également le cadre physique de la salle, avec l'aménagement de l'espace et la disposition du matériel, mais aussi la question de la prise en charge individuelle ou de groupe. Le cadre psychique, quant à lui, est permis grâce à la fonction de pare-excitation, qui correspond à « *la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace de déconstruction* » (Potel, 2019e, p. 360), c'est-à-dire la fonction de contenance qui peut permettre la naissance d'un sentiment de sécurité tant externe qu'interne. Il est permis par l'investissement corporel du psychomotricien et également par sa fonction miroir, le psychomotricien pouvant renvoyer au patient une image de lui-même, dans les situations d'encouragement, de soutien, ce qui peut permettre au patient de restaurer son narcissisme. Le psychomotricien permet un cadre psychique également par sa mise en mots des différentes actions du patient, grâce à ses connaissances théoriques qui peuvent permettre au patient d'accéder progressivement à la symbolisation.

Le cadre thérapeutique et les rituels servent de supports de soin au patient. La mise en place d'un cadre permet la structuration, l'intériorisation des limites, donc un rôle contenant. « *Le cadre est ce qui demeure permanent pour que le changement se produise* » (Ballouard, 2008), cela met en exergue un prémice de relation. Le cadre thérapeutique est un « *contenant au développement d'une relation* » (Ballouard, 2008).

II.2.2. L'alliance thérapeutique

Par la relation, le psychomotricien souhaite arriver à une alliance thérapeutique. Celle-ci est indispensable, et selon Lacan elle « *s'appuie sur la confiance donnée par le patient au clinicien posé en "supposé savoir", c'est-à-dire comme celui qui détient un savoir à son sujet* » (Adeline & Scialom, 2015, p. 156). L'alliance thérapeutique a aussi un grand rôle à jouer dans la mise en place d'un cadre contenant. Le cadre contenant est notamment permis par la confiance mutuelle instaurée. Si le patient et le soignant éprouvent une confiance mutuelle, alors la salle de psychomotricité deviendra un endroit de confiance. Cette confiance mutuelle permettra au patient de se sentir en sécurité et de pouvoir accéder à un lieu sécurisant où aucun acte, aucune parole ne sera jugée.

Au sein de l'IEM, le travail principal d'un psychomotricien est de permettre au jeune de s'approprier ou de se réapproprier son corps, de le faire sien. L'approche en psychomotricité va permettre au patient de prendre conscience de son corps dans sa globalité. Ce travail peut venir en complémentarité des autres soins de rééducation (kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie), la psychomotricité est alors le liant, le maillage entre ces différents soins.

III.3. Etudes de cas

Nous allons à présent voir comment la psychomotricité peut aider à l'intégration d'une image du corps, du schéma corporel et de la place du toucher afin d'aider à la mise en place des représentations corporelles en lien avec la sexualité. Cela sera illustré par deux études de cas, celles de Julie et d'Ambre, deux jeunes femmes rencontrées au cours de mon stage en IEM.

III.3.1. Ma rencontre avec Julie

Julie est une jeune femme âgée de 19 ans quand je la rencontre en février 2022 pour la première fois. Par choix, je n'ai pas consulté son dossier médical afin de faire connaissance avec elle au travers de son récit tant sur son histoire médicale que de son parcours de vie. Ce n'est que plus tard que ma maître de stage me communiquera ses informations personnelles et que j'irai consulter son dossier médical.

- **L'anamnèse et l'histoire de vie**

Julie est née le 18 août 2002 en Géorgie, il s'agit d'une naissance prématurée à six mois. Julie a un petit frère de 6 ans son cadet, ils vivent chez leurs parents. Elle présente une paralysie cérébrale avec une atteinte motrice des membres inférieurs et du membre supérieur gauche, un tableau de diplégie spastique, un équin bilatéral et une dystonie des membres supérieurs. Julie a également une scoliose et une dystonie des doigts en col de cygne. Au niveau visuel, elle présente un microstrabisme de l'œil droit, une amblyopie fonctionnelle et un astigmatisme. Julie a des lunettes qu'elle ne supporte pas et des attelles aux poignets et aux doigts.

Concernant son histoire, Julie me raconte son vécu de la guerre en Géorgie. La guerre éclate au moment où elle fait une cure sur la mer Noire avec sa tante et elle ne pourra revenir dans sa famille que quelques mois plus tard. Elle reste profondément marquée d'avoir été séparée de sa famille pendant de nombreux mois, ratant ainsi la naissance de son frère. Elle a par ailleurs subi une opération en 2013 au niveau des membres inférieurs qui n'a pas eu de résultats positifs et qui a été très douloureuse pour elle. Cette opération a engendré une peur de la douleur, des opérations et une perte de confiance envers le personnel soignant. Ces expériences douloureuses font naître en Julie des angoisses de mort.

Julie est arrivée en France à l'âge de 15 ans avec sa mère. Elles ont vécu quelque temps dans la rue, puis, en raison de problèmes de santé, Julie sera hospitalisée en présence de sa mère. Julie évoque son arrivée en France comme un moment anxiogène. Plus tard, son père et son frère les ont rejointes. Sa famille et elle ont pu être pris en charge par les dispositifs d'accompagnement de réfugiés afin de trouver un logement. Julie a pu être scolarisée dans un collège en Unité pédagogique pour élèves allophones arrivants (UP2A) et l'unité a sollicité d'urgence un Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) pour mettre en place un matériel adapté et un suivi rééducatif. Cependant, le SESSAD n'était pas suffisant pour les besoins de Julie, il lui fallait plus de soins, d'où son arrivée au sein de l'IEM en septembre 2019.

Julie se déplace en fauteuil roulant électrique, étant très déficitaire d'un point de vue moteur. Cependant, son logement ne lui permet pas un tel équipement, elle est donc en fauteuil manuel chez elle. Ses parents sont très présents pour elle, ils l'aident

dans sa vie quotidienne, sa mère est son aidante principale. Le logement étant peu adapté aux besoins de Julie, c'est son père qui la porte dans l'ascenseur. Les deux parents travaillent. Une autre partie de la famille a trouvé refuge en France dans les mêmes temps que Julie et ils se côtoient fréquemment.

Concernant la vie quotidienne, Julie mange seule mais a besoin d'être stimulée. Elle peut faire ses transferts avec l'aide d'une tierce personne. Elle a besoin d'une aide totale pour la douche et les toilettes. En 2017, il est noté qu'elle était très dépendante et passive, et que l'un des points à améliorer serait de la rendre plus active.

Aujourd'hui, Julie est scolarisée au sein de l'EREA où elle finalise sa formation en deuxième année d'un Certificat d'aptitude professionnel en tant qu'Équipier polyvalent du commerce (CAP EPC). Elle a besoin d'un ordinateur afin de suivre les cours. Au sein de l'IEM, elle appartient au groupe des majeurs, ils sont 31 jeunes. Julie est une jeune fille timide, qui n'a pas beaucoup d'amis. Elle peut être encore un peu freinée par la barrière de la langue. Sa compréhension reste limitée à du factuel, l'abstraction est compliquée, que ce soit en français ou en géorgien, et elle ne dit pas quand elle ne comprend pas. Elle est passionnée par la musique et les réseaux sociaux. Julie aime maintenant prendre soin de son apparence physique, elle choisit avec attention ses vêtements, elle accorde beaucoup d'importances à ces derniers, ils doivent toujours être assortis. Elle aime les bijoux, les tatouages, avoir des beaux ongles et être bien coiffée.

Julie, comme les jeunes femmes de son âge, est dans une période où plaire à l'autre est quelque chose d'important. Elle s'intéresse à ce que les autres pensent d'elle. Julie confie qu'en Géorgie, le corps est un sujet très tabou. D'un point de vue culturel, le corps n'est pas parlé dans ses fonctions ni dans son anatomie, et encore moins dans les relations intimes. Julie est très présente sur les réseaux sociaux, dont l'un plus particulièrement, sur lequel elle poste beaucoup de photos d'elle retouchées au point de la reconnaître difficilement. Le fauteuil n'est jamais visible.

Au niveau des soins, Julie a beaucoup de suivis : en ergothérapie, en psychomotricité, en kinésithérapie mais également de manière ponctuelle en psychologie.

- **Le parcours en psychomotricité**

Julie a rencontré ma maître de stage pour la première fois en octobre 2020. Le bilan psychomoteur montre un développement psychomoteur peu harmonieux. Elle a beaucoup de réactions de prudence comme se tordre, serrer les mains et fuir le regard en baissant la tête. La mise en place du bilan a été compliquée, car Julie restait fixée sur un conflit avec une jeune fille. Julie semble s'autoalimenter avec de la tristesse et du mal-être. Au niveau émotionnel, elle peut mettre des mots sur les émotions, mais ces mots ne sont pas en adéquation avec leur expression : elle se décrit triste et pleurant alors que visuellement elle ne laisse rien paraître. Julie subit ses émotions qui sont psychiquement dévastatrices, les émotions se manifestent sans possibilité pour elle de les trier, de les transformer seule en affects. Julie s'excuse constamment quand elle est en difficulté et remercie l'adulte systématiquement. Il lui est difficile de vivre pour elle-même. Au niveau de l'organisation du schéma corporel et de la conscience corporelle, Julie montre un schéma corporel peu structuré et organisé. D'autre part, elle ne peut réaliser un mouvement ou une action que si elle l'a déjà expérimenté, dans le cas contraire, elle a besoin d'être rassurée et étayée. Julie est droitrière homogène, elle est capable d'un bon ajustement tonique, cependant, il existe des syncinésies de diffusion tonique à gauche lorsqu'elle utilise sa main droite (Annexe n°4). Dès que le corps est mobilisé, des angoisses corporelles apparaissent et viennent barrer ses capacités motrices. Julie a un rapport au corps très douloureux, elle parle de son opération en Géorgie au cours de laquelle elle s'est sentie délaissée et mise à l'écart par le personnel soignant, qui ne prenait pas en compte sa souffrance. Elle questionne beaucoup sur le fonctionnement organique, paraissant n'en avoir qu'une très vague compréhension et représentation. Au niveau de l'espace et du temps, elle semble avoir des capacités dans le repérage temporel et spatial, mais il est nécessaire de la rassurer et de lui offrir un cadre contenant.

Julie a besoin de vivre son corps sensoriellement, de vivre des expériences positives, mais aussi de mieux en comprendre le fonctionnement.

Un bilan psychologique a été réalisé dans les mêmes temps. Celui-ci met en lumière son besoin de réassurance excessive, car elle est perfectionniste, et cela amène à une anxiété de performance. Julie est capable d'un raisonnement fluide, qui est toutefois entravé par des stratégies de vérifications. Elle rencontre des difficultés à se détacher de l'autre pour penser en autonomie. Julie a une estime d'elle-même plutôt

négative, elle se dévalorise et a un sentiment d'incompétence qui influe sur ses aptitudes de raisonnement. Elle vit un relatif isolement social tout en faisant l'objet d'une surprotection maternelle. Julie décrit des situations de harcèlement scolaire en Géorgie. Elle a un profil anxieux, elle peut être débordée par des pensées catastrophiques et anxiogènes.

Depuis septembre 2021, Julie suit une prise en charge hebdomadaire en psychomotricité. L'objectif de prise en soin est de favoriser son apaisement émotionnel et de l'accompagner pour une meilleure compréhension de son corps. Quelques séances d'hypnose lui sont proposées afin de l'aider à s'apaiser et à lâcher prise. Ces séances font resurgir des souvenirs nostalgiques de son enfance. En revanche, la mise en situation corporelle fait émerger des souvenirs douloureux, au sens propre comme au sens figuré, de cette période. Progressivement, Julie arrive à avoir des souvenirs plus tranquilles et à en parler sans être submergée.

- **La prise en charge sur l'image du corps et le schéma corporel**

C'est dans ce contexte que débute ma prise en soin avec Julie. Julie est intimidée en me voyant, elle gesticule beaucoup et fuit mon regard en ayant un rire nerveux. Elle a un fort besoin de se toucher les mains pour se rassurer. D'elle-même, elle me racontera son histoire. J'avais une certaine appréhension au sujet de la barrière de la langue, mais Julie m'a vite rassurée par son aisance à me comprendre et à me répondre. La présence de la psychomotricienne m'aide également à valider ses propos ou à reformuler lorsqu'elle ne comprend pas.

Les séances avec Julie se déroulent souvent de la même manière, le premier temps est un moment de parole consacré à son état du jour, suivi d'un atelier sur les représentations du corps puis d'une mise en mot du vécu.

Durant ce premier temps de parole, Julie fait souvent part de ses angoisses corporelles mais aussi de celles en lien avec l'actualité de la guerre en Ukraine : tout cela la renvoie à son passé en Géorgie. Pour elle, son corps est un objet maltraitant car c'est pour soigner son corps qu'elle a été séparée de sa famille : elle était en cure sur la Mer Noire au moment où la guerre a éclaté.

Durant l'activité sur les représentations du corps, Julie reste dans son fauteuil, ne voulant pas en sortir. Au cours des séances, Julie parle de sa difficulté à être touchée,

disant « insupportable de sentir la chaleur de l'autre ». Nous pouvons faire l'hypothèse que c'est la raison pour laquelle elle reste dans son fauteuil, ayant besoin d'aide pour ses transferts.

Durant plusieurs séances, je me suis intéressée au schéma corporel. Il s'agit, tout d'abord, de nommer les parties du corps. En effet, « *le corps a une place centrale en psychomotricité et la profusion des intérêts portés aux représentations du corps en indique bien l'importance* » (Busschaert et al., 2015, p. 201). En Géorgie, le corps est tabou, elle nous dit qu'elle n'a jamais appris les noms des parties du corps et qu'elle ne s'y intéressait pas. Le poids du tabou a probablement empêché Julie d'aborder un travail sur son corps mais les questions corporelles étaient bien présentes. Lors des premières séances, Julie nomme les membres supérieurs et inférieurs mais aucune articulation, ni l'espace du buste. Elle me questionne sur « ce qu'il y a à l'intérieur du corps », elle sait juste qu'il y a un cœur et du sang. Nous voyons donc que le schéma corporel n'est pas encore en place. Progressivement, en passant par la sensorialité, en étant invitée à se recentrer sur ce qui se passe sur et dans son corps, Julie est davantage en capacité de nommer et repérer les différentes parties du corps. Cela a pu se faire par le biais du jeu. Ce jeu qui est « *l'un des moteurs puissants d'intégration, d'élaboration et de transformation d'expériences concrètes en "matières symboliques", qui vont nourrir l'intelligence du sujet et le rendre à même d'établir des concordances entre ce qui se vit, se touche, se sent, s'éprouve et ce qui se pense. Le jeu permet la compréhension, l'intériorisation. C'est l'un des maillons essentiels vers l'abstraction* » (Potel, 2019, p. 384). Lors des séances, nous avons notamment utilisé le jeu du sculpteur, qui consiste à faire prendre à l'autre, la statue, une position qu'il doit mémoriser, puis la statue, ferme les yeux, se place dans une position neutre et toujours les yeux fermés, va venir se remettre dans la position qu'elle vient de mémoriser. Ce jeu a été épuisant physiquement pour Julie, elle se fatiguait à tenir les postures, cependant, elle réussissait parfaitement à reproduire les positions. Lorsque nous échangeons les rôles, je commets volontairement une erreur, elle arrive à la repérer et me dit : « si tu préfères comme ça c'est ok, tu peux changer, je suis désolée ». Julie n'ose pas s'opposer à l'autre de peur de le contrarier, même dans le cadre d'un jeu. Par ce jeu, j'ai pu voir que Julie avait une bonne conscience corporelle et qu'elle a pu renforcer sa perception proprioceptive. La mise en mots des parties du corps mobilisées reste encore compliquée pour elle. Lors d'un autre jeu, celui du trajet de la

balle, Julie est assise dans son fauteuil. Je fais le contour de son corps avec une balle tout en nommant les différentes parties du corps par lesquelles je passe. Lorsque je lui propose de continuer à faire le contour de son corps mais que cette fois, c'est elle qui doit nommer les différentes parties du corps, nous pouvons déjà observer un enrichissement du vocabulaire. Au cours d'une autre séance, l'utilisation de sacs lestés disposés sur le corps de Julie lui a permis de porter son attention sur ses sensations corporelles. Julie est assise, les yeux fermés, elle prend conscience de ses appuis en contact avec le fauteuil, puis je dépose l'un après l'autre les sacs lestés sur différentes parties du corps. Pour chaque sac, Julie dit où elle sent le sac se poser et prend le temps d'accueillir les sensations corporelles. Une fois tous les sacs posés, elle m'indique quels sacs je dois enlever en nommant la partie du corps concernée. Julie a pu ainsi accueillir de nouvelles sensations corporelles qui ont permis de donner un nom, un sens à chacune de ces parties du corps. Cependant, ces sensations ont également éveillé des sentiments d'étrangeté qu'il a fallu verbaliser, accompagner et expliquer.

Au fil des séances, la question de l'image du corps est apparue. Julie n'apprécie pas son physique, elle ne se trouve « pas belle avec un visage pas beau », elle n'aime rien, si elle pouvait « donner » son corps elle le ferait. Malgré tout, Julie est capable de dire qu'elle aime bien ses yeux. Lors du dessin du bonhomme, seuls les yeux sont coloriés (Annexe n°1). Elle n'aime pas se regarder dans le miroir ni même se prendre en photos et pourtant, elle s'expose avec des photos retouchées sur les réseaux sociaux. Nous voyons donc bien ici que Julie vit une sorte d'ambivalence entre d'un côté une envie de plaire aux autres, un besoin de séduction, et, de l'autre ce corps qu'elle ne connaît pas elle-même, qu'elle n'apprécie pas, qu'elle veut cacher. Lors d'une séance, je lui demande de me citer des qualités sur sa personnalité et son physique, cela va se révéler très difficile pour Julie : elle ne citera que « gentille », « maigre » et qu'elle a « de beaux yeux ». Lorsque je lui fais passer le questionnaire de l'image du corps de Marilou Bruchon-Schweitzer, ce qui ressort c'est qu'elle ne se sent pas attirante, qu'elle a un corps « maigre », qu'elle a peur de grossir et que cela l'inquiète. Elle est tout le temps « touchée » par le personnel soignant, elle n'aime pas cela. À côté de cela, elle se décrit comme quelqu'un de féminine, pleine d'émotions, jeune, forte, pleine d'audace, comme par exemple, lorsqu'elle s'est fait tatouer alors qu'elle n'avait pas l'aval de ses parents.

Julie commence à prendre de plus en plus conscience de son corps et à s'y intéresser. Nous pouvons voir une nette amélioration dans ses représentations corporelles, notamment par l'enrichissement des parties du corps de son dessin du bonhomme (Annexe n°2). Elle commence également à s'intéresser au corps de manière plus positive. Actuellement, Julie commence à mesurer l'impact de son image dans sa relation avec les autres et est en recherche d'esthétisme. Ce qu'elle perçoit pour le moment et qui lui permet de se construire une image du corps narcissiquement investie, c'est ce que le regard de l'autre lui renvoie et qui la satisfait : elle est belle dans le regard de l'autre. La rencontre avec un jeune homme sur les réseaux l'amène à se questionner sur les notions d'intimité. Julie n'a pas conscience des dangers, ne perçoit pas les demandes implicites de ce jeune homme, jusqu'au jour où la demande est plus directe. Pour elle, cette relation est très platonique et naïve, Julie ne pense pas qu'il puisse s'intéresser à elle et encore moins la trouver jolie. Elle ne voit pas les risques d'aller le rencontrer seule. Julie n'a pas encore imaginé la relation sexuelle. Il sera nécessaire de l'accompagner dans la compréhension de l'attente de ce jeune et cela durera plusieurs semaines. La compréhension de la situation l'effondrera et elle trouvera du réconfort auprès de ses parents. Elle n'a pas encore conscience que ce corps qu'elle cherche à embellir constamment, et qui est source de satisfaction pour elle dans l'image qu'elle en a, peut aussi l'exposer à des dangers.

III.3.2. Ma rencontre avec Ambre

Je rencontre Ambre, âgée de 20 ans, en février 2022, dans le cadre d'une séance individuelle bimensuelle.

- **L'anamnèse et l'histoire de vie**

Ambre est née le 20 avril 2001, prématurément à vingt-sept semaines d'aménorrhée (Annexe n°4), il s'agissait d'une urgence due à la rupture prématurée de la poche des eaux. Elle est née avec une détresse respiratoire initiale ayant nécessité une réanimation et un séjour durant trois mois en réanimation en néonatalogie. Ambre présente un tableau d'infirmité motrice cérébrale de forme globale ayant évolué progressivement vers une forme triplégique avec une atteinte prédominante au niveau du membre supérieur droit et des deux membres inférieurs. Ambre est rentrée en institution à la rentrée de 2004.

Elle se déplace seule en fauteuil roulant électrique avec un corset siège, excepté à l'extérieur car elle peut se mettre en danger. Ambre est très fatigable, maintenir sa tête en position verticale lui demande un effort considérable, elle se tient en cyphose et la tête penchée en avant, ce qui confère à son corps une position en fermeture. Ambre a également des problèmes de vue avec un astigmatisme nécessitant le port de lunettes, qu'elle refuse de mettre, alors qu'elle a une fixation très labile avec une errance du regard assez fréquente. Ambre parvient difficilement à contrôler ses mouvements de tête. La poursuite oculaire est coûteuse au niveau attentionnel et physique. Ces difficultés motrices rendent ses déplacements en extérieur dangereux car elle ne voit les obstacles qu'au dernier moment. Ambre présente des troubles psychiques et du comportement, avec agressivité majorée au domicile. Elle est sous traitement psychotrope pour ces problèmes. Les crises prennent de telles proportions qu'il a fallu à plusieurs reprises des séjours de répit pour calmer ses tensions et soulager sa famille.

Ambre aime les sorties culturelles, le sport et la musique. Elle vit chez ses parents le weekend, elle a une petite sœur de 11 ans et un petit frère de 7 ans. Au sein de l'IEM, Ambre est interne, elle partage sa chambre avec une autre fille, dans le groupe des majeurs. L'outil informatique, avec possibilité de grossissement et le retour vocal, est indispensable sans quoi Ambre peut difficilement accéder aux informations visuelles proposées sur papier. Je n'ai donc pas utilisé de support papier mais l'outil informatique durant les séances.

Ambre présente une grande fatigabilité, visible notamment lors des repas et de la toilette, mais également au niveau de son attention. Elle a besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne, comme manger et faire la toilette.

Ambre a de nombreuses prises en soin à l'IEM : en kinésithérapie, en psychomotricité ainsi qu'en orthophonie. L'orthophoniste décrit chez Ambre une dysarthrie aggravée par des composantes comportementales et posturales.

- **Le bilan psychomoteur**

Ambre est suivie en psychomotricité depuis novembre 2018 par un psychomotricien de la structure. Le bilan psychomoteur de 2021 décrit chez Ambre un développement psychomoteur troublé avec des difficultés de gestion émotionnelle et

comportementale : une incapacité à contrôler ses énervements quand elle se sent blessée par des propos qu'elle perçoit comme malveillants à son envers. Dans ces moments-là, elle ressent le besoin de frapper et casser les affaires qui l'entourent. Concernant la connaissance des parties du corps, Ambre semble avoir appris plus qu'intégré ces notions. À cette période, son dessin du bonhomme est très immature, correspondant à celui d'un enfant de 4 ans. La capacité sensible de son corps est bien présente, cependant la localisation somesthésique est parfois aléatoire, voire fautive. La question de son vécu corporel, du comment elle se perçoit apparaît très confuse, archaïque et immature. Il semble que ses empêchements dans ses expériences et expérimentations ludiques de la petite enfance ne lui ont pas permis d'élaborer des représentations fiables d'espaces internes, d'axes et de direction. Globalement, les capacités gnosiques actuelles semblent plus être le résultat d'apprentissage mais avec des défaillances d'intégration. Elle présente un trouble au niveau de la perception des espaces, des axes et de leurs rapports tant au niveau de son corps propre qu'au niveau de l'espace environnant.

- **La prise en charge avec Ambre sur le vécu corporel et les émotions**

À la lecture du bilan, l'axe qui m'a semblé important à travailler était l'intégration de ses sensations permise par la boucle « sensation, perception, représentation ». J'ai donc décidé de lui faire passer un questionnaire sur l'image du corps qui reprend le Test de l'image du corps d'Olivier Moyano, en ajoutant des questions sur des notions telles que le consentement, la vie affective et la sexualité.

Ce questionnaire a pu mettre en lumière qu'Ambre avait une très faible somatognosie (Annexe n°4). Elle ne peut nommer de manière détaillée les différentes parties du corps que lorsque chaque élément corporel est touché. En revanche, si je lui demande de citer différentes parties du corps, il apparaît une plus grande pauvreté dans la construction de son schéma corporel. Les connaissances de l'espace interne du corps semblent plus vastes, mais ce n'est qu'illusion. En effet, au fil du questionnaire, les réponses données par Ambre sont celles associées à une pathologie. Elle me dira : les poumons car elle a un problème respiratoire, le cœur car sa tante en souffre, les jambes car elle ne peut pas s'appuyer dessus, etc. Elle nomme énormément de parties du corps fragiles ou malades. Seules la tête et les mains sont nommées dans les parties solides. Concernant ce qu'elle aime dans son corps, elle

me dit « mes cordes vocales », car elle peut chanter, et « mes mains » car avec elles, elle peut tout faire. Elle n'aime pas son corps et plus particulièrement son visage car elle a subi beaucoup de moqueries dans son enfance.

Lorsque je lui demande de dessiner un bonhomme, celui-ci correspond à celui d'un enfant de 4 ans et demi (Annexe n°3). Elle est capable de nommer toutes les parties du corps du dessin et de les montrer sur elle. Concernant l'image de son corps, par l'intermédiaire du questionnaire sur l'image du corps de Marilou Bruchon-Schweitzer, elle dit ne pas se sentir attirante car « personne ne veut d'elle ». Elle n'aime pas se laver car elle ne veut pas que les soignants la touchent, surtout au niveau des parties intimes. Ce qui ressort, c'est qu'Ambre est plutôt quelqu'un de tendu, avec un corps qu'elle veut cacher car il génère de l'insatisfaction.

Ambre est très à l'aise concernant le sujet de la sexualité, elle me dit qu'elle s'y intéresse car elle a déjà eu un petit copain par le passé. Elle me dit ne jamais avoir eu de relations sexuelles car « ce n'est pas possible, je suis handicapée, je suis bloquée ». Je lui décris alors les mots de Jocelyne Robert, « la sexualité est comme un thème musical, avec des variations de l'expression et de l'interprétation qui, selon les circonstances, sont propres à chaque individu » (Robert, 2018, p. 22). Ambre associe la sexualité à l'acte coïtal et non pas à tout l'aspect sensoriel qui l'entoure. Je lui explique qu'il y a des rapprochements amoureux, érotiques, sensuels et sexuels qui existent avec ou sans pénétration. Nous revenons alors sur la notion d'intimité et de relation. Ambre décrit l'intimité comme le moment dans la chambre avec la personne aimée, elle est assez surprise quand je lui explique que cela concerne également son corps. Ambre parle beaucoup des relations amoureuses mais cela semble très copié sur les exemples qu'elle voit autour d'elle, très plaqué, tout comme sa connaissance et sa perception du corps. Elle décrit des relations très platoniques. Dans un atelier roman, elle décrit de nombreuses histoires d'amour. Les protagonistes tombent amoureux au premier regard, se marient le lendemain et ont beaucoup d'enfants le surlendemain. Lorsque je lui demande de me décrire les émotions qu'ils peuvent ressentir, elle me dit « qu'ils sont heureux comme ils ont eu beaucoup d'enfants », elle est capable de citer une émotion mais pas de l'expliquer, elle ne met pas d'affect.

La prise en soin avec Ambre a été orientée sur la compréhension des émotions car cela a un fort impact sur sa relation aux autres. Ambre ne décrit que le négatif de ses

relations, elle a l'impression que l'autre a un regard jugeant envers elle. Elle se dit remplie de tristesse. Ambre rumine beaucoup, elle ressasse le passé, elle dit « ne pas réussir à passer à autre chose quand quelque chose l'énerve », cela peut ressurgir des mois voire des années après. Elle aimerait ne plus « ressentir de la tristesse car j'en suis remplie ». Lorsque je lui demande de me citer des émotions, elle ne m'en cite que trois : la joie, la tristesse et la colère. Je lui explique qu'il en existe d'autres comme la peur, la honte, l'ennui, l'amour, etc.

A partir de là, nous avons fait des jeux de théâtre. Il s'agissait de prononcer un mot, par exemple « glace », avec différentes émotions, par exemple la joie. Ambre était en difficulté pour décrypter et exprimer les émotions, excepté la joie. Lorsque je lui demande de raconter des situations dans lesquelles elle a vécu certaines émotions comme la joie, la colère, elle peut m'en citer. En revanche, lorsque je lui demande ce qu'elle ressent corporellement à ce moment-là, elle ne peut rien en dire. Les séances suivantes seront autour du mime et du théâtre : jouer des scènes comme un anniversaire, un enfant qui se perd, des séparations. Ambre sera toujours autant en difficulté. Je décide donc de me dégager de l'affect pour recentrer le travail sur le corps et ses sensations. Nous essayons alors, sans les mots, de mimer des objets légers ou lourds. Là encore, son visage reste de marbre et la gestuelle pauvre. La mise en mots des émotions associées à une posture, mimée par l'autre, aide Ambre à visualiser l'émotion : elle a besoin de lectures corporelles tant sur elle que sur autrui pour que les émotions et la sensorialité prennent sens. Elle m'a dit ne pas savoir que notre corps changeait de position en fonction de l'émotion ressentie.

Pour éviter de se retrouver face à sa propre image, qu'elle n'aime pas, et confrontée au regard de l'autre, Ambre s'est imaginé un monde, dans lequel elle a des relations avec des hommes, des célébrités. Ils l'aiment pour ce qu'elle est, son corps est « désiré et désirable ». Ambre fuit l'instant présent où elle est bloquée dans des pensées du passé qui l'enferment dans un mal-être.

Nos séances se sont alors centrées sur la compréhension des émotions et sur la pleine conscience. Le travail en pleine conscience a été mis en place afin de permettre à Ambre d'être dans « l'ici et maintenant » et de limiter les ruminations mentales et l'évasion dans sa pensée. La musique étant l'une de ses passions, je lui demandais de porter son attention sur le son qu'elle entendait en écoutant différentes musiques

et d'accueillir ses sensations sans jugement. Ambre a pu verbaliser qu'elle ressentait la musique dans son « cœur », que cela lui faisait des « frissons ». A la fin, elle semble plus détendue, elle me dit que la musique la calme.

La mise en parole est un moment important pour Ambre, elle est capable de faire de plus en plus de liens avec son quotidien. L'utilisation du jeu symbolique lui a permis de s'exprimer sur ses questionnements. Ambre vient d'être admise dans un Foyer d'accueil médicalisé (FAM), son entrée aura lieu fin mai. Lors de sa période d'accueil temporaire au sein du FAM, elle m'a parlé de la présence de nombreux hommes, dont un qui l'intéressait plus particulièrement. L'accompagnement d'Ambre sur les prérequis à la vie affective semble intéressant à poursuivre.

III.4. L'apport de la psychomotricité vers une sexualité épanouie

Ce que nous constatons d'après les exemples de Julie et d'Ambre, c'est que les deux jeunes femmes sont encore dans des vécus corporels bruts, que la présence du psychomotricien joue un rôle de « traducteur » en transformant leurs angoisses (les éléments bêta) en quelque chose de pensable, d'élaborable (en éléments alpha) qui est une première forme de représentation selon Wilfred Bion (Bronstein & Hacker, 2012). Elles en sont encore à l'élaboration d'un corps propre, à son exploration. Cependant, nous voyons que l'arrivée de la vie affective les questionne sur ce corps qu'elles avaient longtemps délaissé. Il ne s'agit là bien sûr que d'un début de prise en charge, lorsqu'elles arriveront à intégrer leurs émotions, à les comprendre, elles pourront alors entrer dans la vie affective et sexuelle.

Le psychomotricien, par son approche corporelle et globale, utilise son corps et celui du patient afin de favoriser l'unité psychocorporelle. En effet, le sujet est mobilisé dans ses dimensions corporelles, psychiques et émotionnelles. Nous avons vu précédemment les fonctions psychomotrices entravées par le handicap moteur, nous avons également étudié les composantes qui relient la psychomotricité et la sexualité. Nous allons à présent considérer l'alliance de la psychomotricité et du handicap pour aller vers une sexualité.

III.4.1. Le tonus et l'ajustement tonico-émotionnel

Le tonus est la toile de fond du fonctionnement du corps, il est également le support de la vie émotionnelle et affective. La régulation de ce tonus permet de se mouvoir de la façon la plus adaptée. Le tonus est également le reflet de l'état affectif et émotionnel. Il permet de vivre des relations par des expériences sensorimotrices.

Dans la relation à l'autre, il y a un ajustement tonique, et dans la vie affective et sexuelle, le décodage du langage corporel de l'autre est l'un des points majeurs. Ambre et Julie ont besoin de cet accompagnement dans la lecture du corps de l'autre afin d'en comprendre les intentions.

Les intentions sexuelles sont notamment transmises par le dialogue tonico-émotionnel. En effet, lors de sensations de plaisir ou de l'orgasme, il peut y avoir une perte de contrôle musculaire (des membres mais également du périnée notamment). Ces variations du tonus liées aux sensations permettent un dialogue avec le partenaire. Ces variations peuvent surprendre, voire effrayer, du fait de cette perte de contrôle qu'elles provoquent. Le travail en psychomotricité sur les différentes variations toniques et leurs effets sur le corps est l'une des actions centrales auprès de la personne en situation de handicap. L'aider à mieux comprendre son vécu corporel est un prérequis à sa vie sexuelle.

III.4.2. La sensorialité

La sensorialité est définie par le Larousse comme étant « *la caractéristique d'un être vivant pourvu d'un système sensoriel* » (Dictionnaire Larousse, s. d.).

Les différents sens permettent de percevoir l'environnement. La personne en situation de handicap va toucher, manipuler, observer, goûter, sentir et c'est grâce à ces expériences sensorimotrices qu'elle va découvrir son corps et interagir avec son entourage. La psychomotricité permet de reconnecter le corps avec ses sensations.

La sensorialité permet également de découvrir des sensations de plaisir et de déplaisir, sur le corps de la personne mais aussi sur le corps de l'autre. Ce qui va permettre de découvrir les zones érogènes qui, rappelons-le, peuvent être localisées à des endroits bien différents chez tout un chacun. Le point clé est le non-jugement des ressentis corporels, et c'est un point fondamental dans la sexualité. La sensorialité va permettre parallèlement un développement du désir. La découverte des zones

érogènes va ensuite amener à la masturbation et aux autres démarches auto-érotiques.

III.4.3. L'image du corps et le schéma corporel

Je prends l'exemple de deux jeunes adolescents de 15 ans qui, par la médiation de l'atelier « création d'un livre », ont pu décrire qu'ils s'étaient acceptés physiquement mais que ce qui pour eux comptaient surtout était la beauté intérieure. Le physique ne fait pas tout. Ils ont décrit l'histoire d'un roi et d'une reine qui envoient leur fils à la conquête d'une jeune femme : « l'aîné cherche une fille belle à l'intérieur, une femme qui l'aimera tel qu'il est ». Les garçons ont pu verbaliser que leur handicap les avait longtemps freinés dans leur vie affective. Le fait de parler de vie affective dans le livre les a aidés à transposer cela dans leur vie personnelle.

L'acceptation de son corps est fondamentale pour entrer en relation avec l'autre. Par l'intégration de la sensorialité, de données kinesthésiques, vestibulaires, proprioceptives, etc., le sujet va intégrer une image de lui, de son corps et va pouvoir connaître son corps. Le schéma corporel et l'image du corps sont liés, le schéma corporel amène les bases physiologiques et l'image du corps les investissements des parties du corps. Ambre et Julie sont encore en découverte des limites et des potentialités de leur corps, en découverte des ressentis, des sensations corporelles.

Ce qui m'a marquée lorsque j'évaluais les connaissances du schéma corporel de Julie et d'Ambre, c'est que dans nos outils, il n'y a pas, à ce jour, de mentions des zones intimes. L'abord d'un corps sexué est déjà mis à défaut par nos évaluations. Je me suis alors demandée quels supports de travail pouvons-nous proposer, en tant que psychomotriciens ? Les zones intimes devraient être mentionnées afin d'ouvrir la conversation et permettre ainsi de parler des questions des limites de son corps, qui permettent d'aborder le consentement plus aisément.

Cela me questionne aussi plus généralement sur la manière de développer des représentations des parties du corps que ces personnes ne peuvent pas voir. En effet, les personnes en situation de handicap moteur sont très souvent dans des fauteuils roulants, comment pouvons-nous alors les aider à visualiser ces parties intimes ? Elles peuvent également rencontrer des difficultés pour les explorer, les toucher, et les sensations ne prennent pas forcément de sens.

III.4.4. Les émotions

Le psychomotricien peut aider à identifier et reconnaître les différentes émotions vécues. Le but est de pouvoir y mettre du sens, les verbaliser, ne pas se laisser submerger par ces dernières. « *La capacité à identifier ses émotions est une compétence fondamentale. Elle constitue en effet le pilier sur lequel se développent les compétences émotionnelles complexes, telles que la régulation ou l'utilisation des émotions* » (Mikolajczak et al., 2020, p. 39). Le psychomotricien va permettre de lier les émotions, les affects, avec les variations que cela engendre au niveau corporel. Julie et Ambre ont encore à investir leurs émotions, à les comprendre, à les intégrer afin de gagner en confiance en elles. Lorsque leur estime d'elles-mêmes sera revalorisée, elles pourront être plus en confiance pour être en relation avec l'autre.

III.4.5. Le lien entre le corps et le psychoaffectif

Le travail de la relation à l'autre, le vécu corporel et son intégration psychique vont être au cœur du travail du psychomotricien. Cela va notamment se faire grâce à l'intégration sensorielle, qui va permettre une élaboration mentale des émotions ressenties, et leur verbalisation va permettre d'accéder à une représentation.

Lorsque nous parlons de relation, nous pensons également à la notion d'espace. Cette notion est aussi un concept de la psychomotricité. Le travail sur la proxémie, la juste distance sociale avec l'autre, a également une place dans la relation affective. Cela passe notamment par un ajustement à l'espace, par la manière dont la personne s'ajuste à l'autre, nous parlons alors d'ajustement relationnel. Nous ne nous tenons pas à la même distance lorsqu'il s'agit d'une conversation professionnelle que lors d'une discussion informelle.

Le psychomotricien observe également comment la personne a intégré son espace corporel avec un dedans et un dehors, un haut et un bas. En effet, l'investissement narcissique de la personne va être lié à son sentiment d'unité psychocorporelle. L'investissement corporel va permettre d'être capable de comprendre ses désirs, ses déplaisirs, puis de les formuler. Discuter de ses envies permet également d'aborder une notion fondamentale qui est le consentement. Sans l'intégration de ce que la personne aime ou non, de ce qu'il est possible de faire dans une relation ou non, le consentement n'est pas possible. Le consentement est également mis à défaut lorsqu'un sujet n'a pas ou peu conscience de ses limites

corporelles. Celui-ci peut se sentir « intrusé » ou au contraire ne pas savoir qu'il franchit une limite. Ainsi le lien entre la psychomotricité et la sexualité serait son approche psychocorporelle.

III.4.5. Quels dispositifs d'accompagnement en psychomotricité de la vie affective et sexuelle

La vie affective et sexuelle peut être abordée dans un accompagnement individuel ou encore au sein d'une prise en charge groupale, comme sous la forme d'une éducation thérapeutique.

La prise en charge individuelle permet d'être centré sur les besoins de la personne, de cerner spécifiquement ses attentes. La relation duelle peut également être plus propice à parler de sujets plus intimes, plus difficiles à aborder dans d'autres circonstances.

La prise en charge groupale, quant à elle, peut être intéressante afin de croiser les points de vue de chacun. Cela permet également d'enrichir les connaissances et d'observer les différences interindividuelles ainsi que les points communs. Le groupe permet à l'individu de visualiser l'impact de son comportement sur les autres et ainsi de pouvoir le modifier en conséquence. Le groupe permet d'ouvrir son esprit sur les représentations que chacun peut avoir.

Il peut être également intéressant d'animer ce travail en co-thérapie avec un psychologue, un infirmier ou un sexologue par exemple. Les ateliers peuvent être sous forme d'un groupe de parole, ou encore d'un accompagnement à la découverte de son corps sur le schéma corporel et l'image du corps, mais aussi d'un éveil à la sensorialité.

Un travail avec les équipes du quotidien comme les aides-soignants, les aides médico-psychologiques, etc. peut également être envisageable. Le psychomotricien peut jouer un rôle de référent, d'accompagnant dans les questionnements sur la façon d'aborder la sexualité auprès de l'équipe pluridisciplinaire par son approche corporelle et ses connaissances du corps. Par exemple, comment pouvons-nous aborder le toucher lors des soins, laisser un temps d'exploration de son corps à la personne en situation de handicap, lui permettre de rester sans ses appareillages, tout en lui laissant des moments d'intimité ?

Conclusion

Par l'élaboration de ce travail, j'ai voulu mettre en avant l'importance de la vie affective dans le développement de tout individu. La vie affective et sexuelle a une place prépondérante dans le bien-être de tous. La sexualité évolue de la prime enfance jusqu'à la fin de vie et ne peut être réduite à l'acte sexuel. Elle englobe toute la sphère affective et émotionnelle du sujet. Le développement de l'individu va être marqué par des remaniements psychiques et corporels, notamment au moment de l'adolescence, qui vont définir le futur adulte. Ces remaniements corporels chez la personne en situation de handicap moteur peuvent être accompagnés par le psychomotricien et une équipe pluridisciplinaire afin de l'aider à retrouver ce corps qui est le sien.

La psychomotricité, par ses médiations corporelles, permet d'agir implicitement sur la vie affective et sexuelle par les dimensions tonico-émotionnelles, sensorielles, mais également par l'acceptation de son corps, l'estime de soi et la confiance en soi qui sont tant de prémices à cette vie affective et sexuelle. Sans cette intégration des ressentis corporels, la sexualité et tous ses aspects liés ne pourraient pas être vécus de la même manière. La sexualité est permise par le lien entre le corps et le psychoaffectif. Le psychomotricien prend en compte les entraves corporelles liées à la pathologie de la personne dans l'adaptation de son accompagnement. Il peut l'accompagner à accéder au plaisir corporel, relationnel et émotionnel.

J'espère que ce mémoire vous a aidés à percevoir l'importance de prendre le temps de comprendre les ressentis des personnes en situation de handicap moteur afin de pouvoir mieux les accompagner dans leur construction et leur épanouissement. En effet, prendre en compte la vie affective et sexuelle de ces personnes en situation de handicap moteur permet de les respecter dans leur dignité et d'encourager leur aptitude à aimer et être aimé.

La vie affective et sexuelle est un sujet qui a toute sa place en psychomotricité. En effet, ce sujet est très fréquemment rencontré lors des séances. Cependant, au cours de nos études, nous ne l'abordons que très peu. Il pourrait être intéressant d'aborder l'effet de la proxémie sur un patient, notamment liée à notre approche corporelle. Il peut arriver que cette situation anime, chez le patient, un désir et que nous assistions à un débordement libidinal et/ou excitatoire. Nous n'avons pas d'outils ni même

mention de ces débordements et nous aurions besoin d'indications sur la manière de réagir et de nous positionner face à ceux-ci.

Bibliographie

Adeline, A., & Scialom, P. (2015). Chapitre 3—Modalités de prises en charge. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité— 2. Méthodes et techniques* (p. 156-164). De Boeck Supérieur.

AFM, T. (2016, mai 19). *Myopathies*. AFM-Téléthon.
<https://www.afm-telethon.fr/glossaire/myopathies-6674>

Ameli. (2022, janvier 4). *Comprendre les changements à la puberté*. l'Assurance Maladie - Ameli.
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/puberte/comprendre-mecanismes-puberte>

Ancet, P. (2016). Chapitre 2—Corps et narcissisme face au handicap physique. In F. Joly, *Corps et Narcissisme* (p. 67-92). In Press.

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau* (Nouvelle édition revue et augmentée.). Dunod.

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances Psy*, 49(4), (p. 14-19).

Ballouard, C. (2008). Chapitre 24—Une identité entre cadre et transfert. In *L'aide-mémoire—Psychomotricité* (p. 145-149). Dunod.

Bioy, A. (2020). *Chapitre 2. De la plainte douloureuse vers le récit de soi*. In *Clinique et psychopathologie de la douleur* (p. 19-30). Dunod.

Blanquer, J.-M. (2018, septembre 12). *Circulaire n°2018-111*. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports.
<https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm>

Bonneil, A., & Meunier, C. (2020). *Psychomotricité et troubles psychomoteurs*. Éditions Tom Pousse.

Bonnotte, L., Guitard, S., & Lequenne, F. (2015). Chapitre 11—Le polyhandicap. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—3. Clinique thérapeutique* (p. 139-146). De Boeck Supérieur.

Boulay, C., & Chabrol, B. (2007). *Orphanet : Dystrophie musculaire de Duchenne et Becker*.
<https://www.orpha.net/consor/cgi->

bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=55&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=myopathie&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Maladie(s)/groupes%20de%20maladies=Dystrophie-musculaire-de-Duchenne-et-Becker&title=Dystrophie%20musculaire%20de%20Duchenne%20et%20Becker&search=Disease_Search_Simple

Bronstein, C., & Hacker, A.-L. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), (p. 769-778).

Bullinger, A. (2007). Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensorimotricité. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 151-159).

Busschaert, B., Vandewalle, B., Meurin, B., Giromini, F., Reinalter Ponsin, F., Matta Abi-Zeid, C., Pireyre, É., Albaret, J.-M., & Scialom, P. (2015). Chapitre 6—Le corps et ses représentations. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome 1. Concepts fondamentaux* (Deboeck Supérieur, p. 201-246).

Camberlein, P. (2019). Chapitre 2. Les définitions du handicap. *Les Ateliers du praticien*, 4, (p. 7-18).

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 326 OJ C (2012).
http://data.europa.eu/eli/treaty/char_2012/oj/fra

Cluzel, S. (2021, juillet 5). *Circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences*. Légifrance.
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45220>

CNRTL. (2012b). *Définition de la myopathie*. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.
<https://www.cnrtl.fr/definition/myopathie>

CNRTL. (2012a). *Définition de la personnalité*. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.
<https://www.cnrtl.fr/definition/personnalit%C3%A9>

Crété, M. (2007). Hand in cap : Tous dans le même chapeau ? *Journal français de psychiatrie*, 31(4), (p. 11-13).

Daure, I., & Salaün, F. (2017). Le handicap invisible... Ou le décalage entre ce qui se voit et la réalité. *Le Journal des psychologues*, 348(6), (p. 22-27).

De Ajuriaguerra, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2e éd. entièrement refondue.). Masson et cie.

De Broca, A. (2009). Chapitre 8—Développement psycho-affectif et cognitif. In *Le développement de l'enfant : Aspects neuro-psycho-sensoriels* (4e édition, p. 95-101). Elsevier-Masson, Elsevier Masson.

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, (1988).

<https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=4pNMOOrTwT52smnkWZ8cs>

Delcey, M. (2002). *Introduction aux causes de déficiences motrices*. APF France handicap.

https://www.apf-francehandicap.org/sites/default/files/intro_causes_defmot.pdf

Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. (s. d.). Consulté 10 avril 2022, à l'adresse :

<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=dyskin%C3%A9sie>

Dictionnaire Larousse. (s. d.). *Définitions : Sensorialité - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 3 mai 2022, à l'adresse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensorialit%C3%A9/72120>

Discour, V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*, 50(1), (p. 40-46).

Dolto, F. (1984a). Chapitre 1—Schéma corporel et image du corps. In *L'image inconsciente du corps* (Seuil).

Dolto, F. (1984b). Chapitre 3—Pathologie des images du corps et clinique analytique. In *L'image inconsciente du corps* (p. 237). Éditions du Seuil.

Feuillerat, B. (2018). Pathologies congénitales et acquises : La paralysie cérébrale. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (p. 449-452). De Boeck Supérieur.

Fischer, O. (2021). Vie affective et sexuelle : Réflexion sur la place de la psychomotricité à partir de la rencontre d'adolescent polyhandicapé [Mémoire de Psychomotricité, IFP]. Université de Bordeaux.

Gardou, C. (2006). 12. *Quand le handicap s'immisce dans la famille*. In P. Ben Soussan, *L'annonce du handicap autour de la naissance en douze questions* (p. 179-207). Érès.

Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Corraze, J. (2015). Chapitre 9—La relation en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome 1 Concepts fondamentaux* (Deboeck Supérieur).

Gauberti, M. (1993). *Mère-enfant, à corps et à vie : Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces / Mireille Gauberti*.
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k33784307>

Giami, A., Humbert, C., & Laval, D. (1983). *L'ange et la bête : Représentations de la sexualité des handicapés mentaux chez les parents et les éducateurs*. (p. 113). Editions de CTNERHI.
<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00518277>

Handicap invisible. (2020, octobre 1). APF France handicap.
<https://www.apf-francehandicap.org/handicap-invisible-35492>

HandiConnect. (2021, septembre). *Paralysie cérébrale : Définition, prévalence et étiologie*. Handiconnect.
https://handiconnect.fr/wp-content/uploads/2021/09/H61_PC_Def_Prevalence_Etiologie_SEPT2021.pdf

Ignazio, A. d', & Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Éditions Tom Pousse.

Jaubert-Brisse, C., & Porsmoguer, É. (2017). Chapitre 40. Les troubles orthopédiques de la personne polyhandicapée. In P. Camberlein & G. Ponsot, *La personne polyhandicapée* (p. 731-745). Dunod.

Loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste, Pub. L. No. 0095, 2021-478 (2021).

Kestemberg, É. (1999). I. L'identité et l'identification chez les adolescents. *Le fil rouge*, (p. 7-96).

Lemoust de Lafosse, H., & Blanc, R. (2016). Étude sur l'attachement et les troubles du comportement à l'adolescence chez des jeunes placés en institution. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(2), (p. 93-101).
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.12.001>

Lesage, B. (2015). Chapitre 1—Spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—2. Méthodes et techniques* (Deboeck Supérieur, p. 22-57).

Lesage, B. (2021). Tonicité : Modulation, accordage, expressivité et rencontre. In *Un corps à construire* (p. 119-174).
https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=ERES_LESAG_2021_01_0119

Les-differents-types-de-handicap—CCAH. (s. d.). Consulté 5 décembre 2021, à l'adresse :
<https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005-102 (2005).

Marcelli, D., Braconnier, A., & Tandonnet, L. (2018a). 11—L'adolescent et son corps. In D. Marcelli, A. Braconnier, & L. Tandonnet (Éds.), *Adolescence et Psychopathologie (Neuvième Édition)* (p. 193-200). Elsevier Masson.

Marcelli, D., Braconnier, A., & Tandonnet, L. (2018b). 14—La question sexuelle à l'adolescence. In D. Marcelli, A. Braconnier, & L. Tandonnet (Éds.), *Adolescence et Psychopathologie (Neuvième Édition)* (p. 255-296). Elsevier Masson.

Mercier, M. (2005). Différencier les handicaps en matière de vie affective et sexuelle, un enjeu de politique de santé. *Reliance*, 18(4), (p. 39-42).

Mercier, M., Berrewaerts, J., & Delhaxhe, C. (2007). Vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes atteintes d'un handicap moteur Réflexions autour de l'apport

d'un outil multimédia. In A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier, & R. Scelles, *Cliniques du sujet handicapé : Actualité des pratiques et des recherches* (p. 177-195). Érès.

Miermon, A., Benois-Marouani, C., & Jover, M. (2015). Chapitre 2—Le développement psychomoteur. In P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité—1. Concepts fondamentaux* (p. 17-77). De Boeck Supérieur.

Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., & Nélis, D. (2020). Chapitre 3. L'identification des émotions. In *Les compétences émotionnelles* (p. 37-58). Dunod.

Miljkovitch, R. (2017). Chapitre 3 - La théorie de l'attachement : John Bowlby et Mary Ainsworth. In R. Miljkovitch, F. Morange-Majoux, & E. Sander (Éds.), *Psychologie du Développement* (p. 25-30). Elsevier Masson.

<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75466-1.00003-0>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021, décembre 2). *Santé sexuelle*. Ministère des Solidarités et de la Santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>

Muzica, M. (2019). *"Mon corps, une maison à découvrir" : Comment la psychomotricité peut aider une personne en situation de polyhandicap à mieux vivre son corps ?* [Mémoire de Psychomotricité, IFP]. Université de Bordeaux.

Nations Unies. (2006, décembre 13). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Nations Unies - Personnes handicapées.

<https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/la-convention-en-bref-2/texte-integral-de-la-convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees-13.html>

Pagès, V. (2017a). 5. Le développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant. In *Handicaps et Psychopathologies* (Vol. 3, p. 32-54).

[https://www-cairn-info.docelec.u-](https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_PAGES_2017_01_0032)

[bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_PAGES_2017_01_0032](https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_PAGES_2017_01_0032)

Pagès, V. (2017b). 16. L'infirmité motrice cérébrale. In *Handicaps et Psychopathologies* (Vol. 3, p. 163-165).

[https://www-cairn-info.docelec.u-](https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_PAGES_2017_01_0163)

[bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_PAGES_2017_01_0163](https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_PAGES_2017_01_0163)

Pelc, K., Deconinck, N., Monier, A., & Sékhara, T. (2006). Un nouveau cadre conceptuel pour l'infirmité motrice cérébrale. *Rev Med Brux*, 5.

Perrin, J., Maffre, T., & Le Menn-Tripi, C. (2019). Chapitre 5—Psychomotricité et TSA : histoire d'une re-connaissance réussie. In *Autisme et psychomotricité* (p. 64). De Boeck Supérieur.

Potel, C. (2015a). Chapitre 4—L'adolescence : Un passage. In *Corps brûlant, corps adolescents—Des médiations corporelles pour les adolescents* ([Nouvelle Collection actualisée], p. 73-91). Érès.

Potel, C. (2015b). Introduction. In *Corps brûlant, corps adolescent : Des médiations corporelles pour les adolescents* ([Nouvelle édition actualisée]). Érès.

Potel, C. (2019a). 1. Le corps métaphore du monde. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 24). Érès.

Potel, C. (2019b). 8. Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ? In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. (p. 117-154). Érès.

Potel, C. (2019). 20. Jouer en psychomotricité ou la folie du jeu. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 382-399). Érès.

Potel, C. (2019c). 4. Un corps à soi : Intimité du corps, espace intime, secret de soi. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* ([Nouvelle édition augmentée], p. 77-90). Érès.

Potel, C. (2019d). 18. Cinq axes essentiels d'intervention en psychomotricité. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 345-356). Érès.

Potel, C. (2019e). Chapitre 19—La question du cadre thérapeutique : La contenance, les limites, le corps. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 357-381). Érès.

Robert, J. (2018). *Parlez-leur d'amour... Et de sexualité : L'éducation sexuelle : Ça presse !* ([Nouvelle édition mise à jour et augmentée]). Les Éditions de l'Homme.

Robert-Ouvray, S. (2014). La fonction d'apaisement de la motricité chez l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 316(3), 16-21.

Robert-Ouvray, S. (2019). Rôle de l'Intégration motrice dans le développement psychique. *Suzanne Robert-Ouvray*.

<https://www.suzanne-robertouvray.fr/role-de-lintegration-motrice-dans-le-developpement-psychique/>

Romany, C. (2018). *Témoignage : Le handicap invisible ou les stigmates méconnus d'une intégration controversée*. 11.

Schilder, P. (1980). Introduction. In F. Gantheret & P. Truffert (Trad.), *L'image du corps : Étude des forces constructives de la psyché* (p. 35-40). Gallimard.

Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). Chapitre 5—Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome 1—Concepts fondamentaux* (Deboeck supérieur, p. 168-170).

Sheldon, W. H., & Allport, G. W. (1940). *Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine*.

<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=personnalit%C3%A9>

SNUP. (2022). Définition du métier de psychomotricien. *Syndicat National d'Union des Psychomotriciens*.

<http://snup.fr/la-profession/definition-du-metier-de-psychomotricien/>

Stiker, H.-J., & Zucman, É. (2021). *Introduction. Ce que l'histoire et la mémoire disent de la personne polyhandicapée* (Vol. 2). Dunod.

[https://www-cairn-info.docelec.u-](https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_COLLE_2021_01_0045)

[bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_COLLE_2021_01_0045](https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_COLLE_2021_01_0045)

Tézenas du Montcel, M.-C. (2017). Chapitre 20. L'enfant polyhandicapé, l'annonce, la famille, parents et fratrie. In *La personne polyhandicapée : La connaître, l'accompagner, la soigner* (p. 393-400).

Thiveaud, M. (2001). *Investissement corporel et handicap moteur* (Thérapie psychomotrice et recherches).

Thomsen, C. (2015). *Définition de « Myopathie »*. Dictionnaire médical.

<https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/320-myopathie/>

Versini, C. (2016). *Psychomotricité et sexualité—La sexualité dans la prise en charge d'adolescents en psychomotricité* [Mémoire de Psychomotricité, IRFP-EMAP].

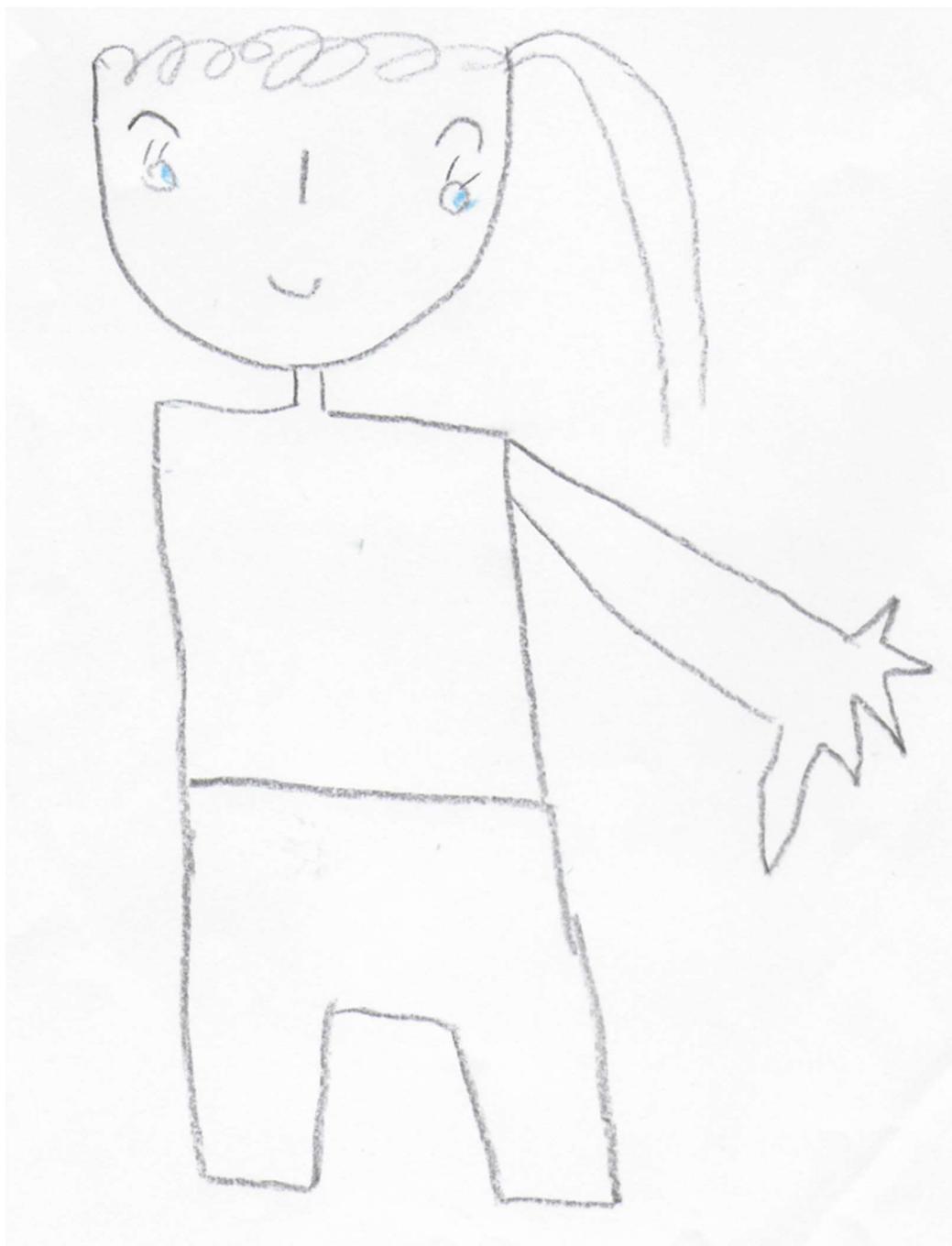
Videau, J. (2013). *Des médiateurs pour solliciter l'image du corps : Expériences auprès d'enfants porteurs d'un handicap moteur* [Mémoire de Psychomotricité, IFP]. Université de Bordeaux.

Weltgesundheitsorganisation (Éd.). (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*.

Zucman, E., & Spinga, J. A. (1985). *Les Enfants atteints de handicaps associés : Les multihandicapés : rapport d'un groupe d'étude du C.T.N.E.R.H.I.*
<http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=11748>

Annexes

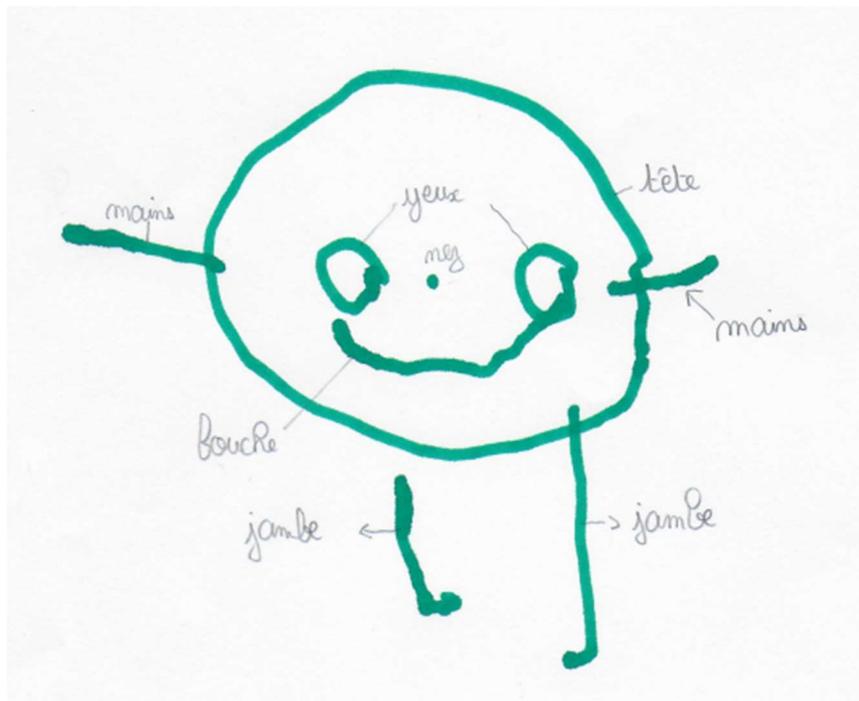
Annexe n°1 : Julie, 19 ans et 5 mois



Annexe n°2 : Julie, 19 ans et 8 mois



Annexe n°3 : Ambre, 20 ans et 10 mois



Annexe n°4 : Glossaire

Anarthrie : trouble acquis du langage, caractérisé par une difficulté dans la réalisation motrice des phonèmes, en relation avec trois composants principaux : parétique (faiblesse du mouvement), dystonique (tension musculaire mal contrôlée) et dyspraxiques (désynchronisation du mouvement).

Aphasie : trouble acquis du langage secondaire à une lésion cérébrale.

Choréo-athétose : mouvements intermédiaires entre les mouvements choréiques habituels et les mouvements athétosiques, plus lents, moins amples, gagnant l'extrémité des membres.

Cytopathie mitochondriale : affection liée à l'anomalie héréditaire d'une protéine ou des protéines de la mitochondrie, atteignant le cerveau et les muscles.

Diplégie spastique : forme particulière de paralysie cérébrale caractérisée par une atteinte spastique prédominant nettement aux membres inférieurs.

Dysarthrie : ensemble des troubles acquis de l'articulation verbale, liés à des altérations des voies motrices responsables des activités buccophonatoires.

Dystonie : trouble du mouvement induit par un dysfonctionnement du système nerveux central qui entraîne des contractions musculaires involontaires des muscles.

Dysphasie : perturbation de la fonction du langage secondaire à une lésion cérébrale.

Équin : déformation pathologique du pied, fixé en flexion plantaire (extension), qui ne prend plus appui que sur sa pointe.

Gastrostomie : création par voie chirurgicale ou endoscopique, à titre provisoire ou permanent, d'une ouverture de la paroi gastrique, communiquant avec l'extérieur.

Hémi-parésie : diminution d'origine neurologique de la motricité d'une moitié du corps.

Hémiplégie : perte totale ou partielle de la motricité d'une moitié du corps, d'origine neurologique.

Hyperlaxité : hyperextension de manière facilitée et sans douleur de certains membres du corps.

Myotatique : relatif à la sensibilité proprioceptive d'un muscle.

Quadriplégie / Tétraplégie : paralysie des quatre membres, généralement consécutive à une lésion de la moelle épinière cervicale.

Réactions de prestance : ensemble des attitudes posturales déclenchées par la présence d'autrui.

Semaines d'aménorrhée : désigne le nombre de semaines après le premier jour des dernières règles constatées.

Somatognosie : reconnaissance et désignation par un sujet au titre de son corps, de l'image et du sens de celui-ci.

Spina bifida : malformation, souvent familiale, de la colonne vertébrale, généralement localisée à la région lombosacrée, plus rarement dorsale et exceptionnellement cervicale, caractérisée par l'absence de soudure de l'arc postérieur.

Syncinésie de diffusion tonique : contraction involontaire d'un muscle ou d'un groupe de muscles apparaissant pendant l'exécution d'un mouvement volontaire.

Triplégie : paralysie de trois membres du corps.

Table des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Avant-propos	4
Introduction	5
I. Le handicap moteur : définitions et répercussions	7
I.1. Généralités sur le handicap moteur.....	7
I.1.1. Le handicap.....	7
I.1.2. Qu'est-ce que le handicap moteur ?.....	10
I.1.3. Etiologie du handicap moteur.....	11
I.1.3.1. L'infirmité motrice cérébrale (IMC).....	12
I.1.3.2. Les myopathies.....	14
I.2. Symptomatologies et comorbidités.....	16
I.3. Les répercussions du handicap moteur sur le développement psychomoteur du jeune adulte	17
I.3.1. Des expériences corporelles entravées.....	18
I.3.1.1. La régulation tonique.....	18
I.3.1.2. Le schéma corporel.....	22
I.3.1.3. L'image du corps.....	24
I.3.1.4. La douleur.....	26
I.3.1.5. La motricité et la conscience corporelle.....	28
I.3.2. Le développement psychique.....	30
I.3.2.1. La personnalité.....	30
I.3.2.2. Le développement des capacités cognitives.....	31
I.3.2.3. La conscience de soi.....	32
I.3.3. Les relations avec autrui.....	33
I.3.3.1. L'annonce du handicap.....	34
I.3.3.2. Les comportements parentaux.....	35
I.3.3.3. Le corps social.....	36
II. La vie affective et sexuelle	38
II.1. Le développement psycho-affectif.....	38
II.1.1. Le bébé et son environnement selon Winnicott.....	38
II.1.2. Le concept d'attachement.....	39
II.1.3. Les effets de la séparation selon Spitz.....	39

II.1.4. L'accordage affectif	39
II.2. La psychogenèse de l'identité sexuelle	40
II.2.1. La prime enfance	42
II.2.1.1. Le stade oral	42
II.2.1.2. Le stade sadique-anal	43
II.2.1.3. Le stade phallique.....	43
II.2.2. La période de latence	44
II.2.3. Le stade génital.....	45
II.3. Le corps à l'adolescence	46
II.3.1. Les remaniements pubertaires.....	46
II.3.2. À la recherche d'une identité	47
II.3.3. La relation à l'autre	48
II.4. La sexualité et le handicap moteur	49
II.4.1. Généralités sur la sexualité	49
II.4.1.1. Historique	49
II.4.1.2. Définition.....	49
II.4.1.3. L'éducation à la sexualité	50
II.4.2. Le cadre légal.....	51
II.4.2.1. Quelques généralités.....	51
II.4.2.2. Le cadre légal relatif aux personnes en situation de handicap	52
II.4.3. La sexualité et le handicap moteur	53
II.4.4. La sexualité du point de vue psychomoteur	54
III. Les spécificités du psychomotricien dans la prise en soin de jeunes adultes en situation de handicap moteur	56
III.1. Présentation de l'institution.....	56
III.1.1. L'équipe pluridisciplinaire et professionnelle	57
III.1.2. Les droits des usagers.....	58
III.2. La place de la psychomotricité	58
III.2.1. Le cadre thérapeutique	59
III.2.2. L'alliance thérapeutique.....	61
III.3. Etudes de cas.....	61
III.3.1. Ma rencontre avec Julie	61
• L'anamnèse et l'histoire de vie.....	62
• Le parcours en psychomotricité	64
• La prise en charge sur l'image du corps et le schéma corporel	65

III.3.2. Ma rencontre avec Ambre	68
• L'anamnèse et l'histoire de vie.....	68
• Le bilan psychomoteur	69
• La prise en charge avec Ambre sur le vécu corporel et les émotions	70
III.4. L'apport de la psychomotricité vers une sexualité épanouie	73
III.4.1. Le tonus et l'ajustement tonico-émotionnel.....	74
III.4.2. La sensorialité.....	74
III.4.3. L'image du corps et le schéma corporel.....	75
III.4.4. Les émotions.....	76
III.4.5. Le lien entre le corps et le psychoaffectif	76
III.4.5. Quels dispositifs d'accompagnement en psychomotricité de la vie affective et sexuelle .	77
Conclusion	78
Bibliographie	80
Annexes	89
Annexe n°1 : Julie, 19 ans et 5 mois	89
Annexe n°2 : Julie, 19 ans et 8 mois	90
Annexe n°3 : Ambre, 20 ans et 10 mois	91
Annexe n°4 : Glossaire.....	92
Table des matières	94