



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

=====

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Yves MATILLON

Un regard pour exister, le corps pour l'exprimer :
à la recherche d'interactions avec l'enfant polyhandicapé

Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

par

FOREAU Tiphaine

Juin 2015

N° 1261

Directeur du Département Psychomotricité
Eric PIREYRE

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R de Médecine et de maïeutique - Lyon-
Sud Charles Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Comité de Coordination des Etudes Médicales
(C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

U.F.R d'Odontologie

Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Département de Formation et Centre de Recherche
en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr LEBOISNE Nicolas**

Observatoire Astronomique de Lyon **M.**
GUIDERDONI Bruno

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon (EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique
de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

REMERCIEMENTS

Ils y a des rencontres et des personnes qui nous nourrissent, nous enrichissent, nous passionnent, nous construisent...

Merci à Mme Brigitte Portier, maître de mémoire et maître de stage qui, par sa disponibilité, sa confiance, ses conseils et la transmission de son savoir a fortifié mon envie de m'investir pleinement dans la psychomotricité.

Merci à Marjorie, Claudine, Justine, mes maîtres de stage, pour la confiance qu'elles m'ont accordée, le temps qu'elles m'ont consacré et leurs conseils avisés.

Un grand merci à toute ma famille et tout particulièrement à mes parents pour m'avoir encouragée et soutenue tout au long de ces années et dans l'écriture de ce mémoire.

Pour finir, un grand merci à Nathalie, Stéphanie, Elena et Natacha pour les trois formidables années que l'on a passé ensemble.

A tous, un grand merci...

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
PARTIE CLINIQUE	7
PRESENTATION DU LIEU DE STAGE	8
1) L'unité de soin	8
2) Les professionnels de l'unité	9
3) La place des familles	10
4) Ma place de stagiaire	10
ETUDE DE CAS : EDOUARD	11
1) Présentation d'Edouard.....	11
2) Eléments d'anamnèse	12
3) Une multiplicité de projets de soin	13
○ Kinésithérapie	13
○ Orthophonie	13
○ Ergothérapie.....	14
○ Projet de soin en Psychomotricité.....	14
4) Extraits de séances.....	14
○ Première séance, Premières impressions	14
○ Les séances continuent et riment avec discontinuité	16
○ Un massage à quatre mains qui contient.....	17
○ Une première vraie rencontre.....	19
○ D'une première rencontre à des espaces d'accordage	20
5) Pour conclure.....	28
PARTIE THEORIQUE	29
L'ENFANT ET SON ENVIRONNEMENT	30
1) Les compétences du nouveau-né	30
○ Les capacités sensorielles	30
○ Les capacités motrices	34
2) Les compétences maternelles	35
3) Les interactions précoces anténatales et néonatales	37
○ Les interactions comportementales.....	38
○ Les interactions affectives.....	44
○ Les interactions fantasmatiques	45
4) La dynamique interactive temporelle mère-bébé	46
LE POLYHANDICAP ET SES CONSEQUENCES DANS LES RELATIONS PRECOCES.....	48
1) Généralités.....	48
○ Rappels historiques sur la notion de polyhandicap et définitions.....	48
○ Etiologie du polyhandicap	49
2) Les principales déficiences et incapacités	50
○ La déficience intellectuelle	50
○ La déficience motrice.....	50
○ Les troubles sensoriels	51
○ L'épilepsie.....	52
○ Les autres troubles somatiques	53
3) Une entrave aux interactions précoces	54

○ L'annonce du handicap : un choc traumatique pour les parents.....	54
○ Un deuil impossible	54
○ Le miroir brisé.....	55
○ La déficience, un frein aux interactions comportementales.....	56
CONCLUSION	58
PARTIE THEORICO-CLINIQUE.....	60
PENSER L'AUTRE POUR AVANCER ?	62
1) Précisions sur la rencontre.....	62
2) Des défenses entravant la rencontre de mon côté.....	63
○ Une représentation impossible.....	63
○ L'espace dans lequel il devient humain	63
3) ...et des défenses de son côté	64
○ Un agrippement tonique...pour se sentir exister ?.....	65
FONCTIONS ET COMPETENCES DU PSYCHOMOTRICIEN	68
1) L'observation, une lecture attentive du corps de l'enfant	68
2) La contenance du psychomotricien	69
○ Par le toucher	69
○ Par le regard.....	75
○ Par la voix	76
3) La capacité d'empathie du psychomotricien	76
CONCLUSION	79
CONCLUSION	81
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	82
RESUME	87

INTRODUCTION

La psychomotricité vise à harmoniser le lien entre le corps et la psyché pour favoriser la conscience de soi et parfaire la relation à l'autre. C'est en appui sur son environnement que l'enfant va se construire, se développer pour enfin, s'autonomiser... Lors de mon stage, effectué au sein d'un Institut Médico-Educatif spécialisé pour enfants autistes, j'ai été frappée par ces enfants pour lesquels le lien à autrui est difficile. Si certains sont agités, crient, parlent, ils sont dans un rapport d'adhésivité tel à l'autre que la rencontre en est entravée. D'autres, au contraire, restent silencieux, blottis dans un coin de la salle et cherchent à se faire oublier. Aussi, je me suis interrogée sur les possibilités de rencontre avec ces enfants que l'on oublie parfois parce qu'ils ne bougent pas et parlent peu.

C'est au cours de mon stage de 3^{ème} année, réalisé dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle que cet intérêt à ressurgit et en particulier, dans la rencontre avec les enfants polyhandicapés. Mon regard a été saisi par ces corps qui semblent vides, abîmés, bizarres... Ces êtres qui ne semblent, au premier abord, n'exprimer que peu de chose... Ces enfants avec lesquels la rencontre paraît impossible... Un enfant en particulier a attiré mon attention. C'est à partir d'une « non-rencontre » que l'envie m'est venue d'écrire ce mémoire sur l'interaction avec l'enfant polyhandicapé. Il s'agit avant tout de comprendre, *en quoi la psychomotricité va favoriser l'interaction avec l'enfant polyhandicapé ?* Je me suis donc interrogée sur la question de la rencontre, de l'interaction, de l'accordage et sur la manière dont la psychomotricité étaye la relation à l'autre.

Dans une partie clinique, je développerai ma difficulté de rencontrer Edouard et j'expliquerai comment nous avons pu entrer en relation et nous accorder.

Dans la partie théorique, je reviendrai sur le développement ordinaire des interactions précoces en postulant que la mère et le bébé sont dotés de compétences innées favorisant celles-ci. Ensuite, je traiterai du polyhandicap : son étiologie, ses conséquences au sein des interactions précoces.

Enfin, dans une partie théorico-clinique, j'exposerai les moyens mis en œuvre par le psychomotricien qui permettent la rencontre, l'interaction avec l'enfant polyhandicapé en vue de favoriser son développement.

Partie clinique

PRESENTATION DU LIEU DE STAGE

J'effectue un de mes stages de troisième année au sein d'un établissement sanitaire spécialisé en médecine physique et réadaptation. Ce pôle régional du handicap est une association de gestion d'établissements sanitaires et médico-sociaux dédiés à la prise en charge de patients affectés d'un grand handicap physique. Il comprend des structures médico-sociales que sont le SESSAD (service d'éducation spéciale et de soins à domicile), le SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) ainsi qu'une Maison d'Accueil Spécialisée.

La prise en charge des patients adultes est réalisée en hospitalisation complète ou en hospitalisation à temps partiel. Pour parfaire son offre de soin, un pôle de Rééducation pédiatrique a été créé récemment. Il accueille les enfants répartis en trois unités : une unité accueillant 22 enfants en hospitalisation complète, une unité accueillant les enfants de 0 à 6 ans en hospitalisation à temps partiel et une unité d'hospitalisation à temps partiel pour les 7-17 ans.

Les psychomotriciennes interviennent principalement dans les deux unités d'hospitalisation à temps partiel. Je présenterai uniquement l'unité dédiée à l'accueil et à la prise en charge des enfants en situation de handicap qui sont âgés de quelques mois à 6 ans dans lequel j'ai effectué mon stage.

1) L'unité de soin

Les enfants accueillis souffrent de pathologies entraînant des situations de handicap physique qui sont parfois causées par une déficience neurologique (paralysie cérébrale, traumatisme du cerveau ou de la moelle épinière, maladie du muscle...) ou une affection de l'appareil locomoteur (traumatisme, maladies inflammatoires, malformation congénitale...). Le service de soin propose une organisation adaptée à chaque tranche d'âge et en fonction de la dépendance induite par la pathologie. L'organisation, la mise en place et la coordination des soins de l'enfant en situation de handicap supposent donc une coordination entre les différents professionnels accompagnant l'enfant. La pluridisciplinarité est donc au centre du projet de soin. Les bilans sont régulièrement refaits pour réactualiser le projet thérapeutique individuel de l'enfant. L'objectif étant de stimuler les possibilités de développement de l'enfant au travers d'une prise en charge pluridisciplinaire concertée et régulièrement réévaluée.

2) Les professionnels de l'unité

Différents professionnels accompagnent l'enfant au quotidien dans son évolution et dans ses difficultés. De manière générale, l'équipe se compose de :

- Une infirmière ou une infirmière puéricultrice qui a pour mission de favoriser au maximum l'autonomie et l'épanouissement de l'enfant selon son âge et sa pathologie. Elle prodigue les soins et traitements nécessaires à l'enfant dans un environnement le plus favorable possible.

- Plusieurs auxiliaires de puériculture assurant les soins d'hygiène et de confort de l'enfant. Elles aident à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie de l'enfant ayant perdu ou non acquis leur autonomie physique ou mentale de façon temporaire ou définitive. En collaboration avec l'équipe, elles proposent des activités d'éveil adaptées aux enfants.

- L'éducatrice de jeunes enfants et les Aides médico-psychologiques contribuent également à l'éveil de l'enfant en lui proposant des activités adaptées à sa situation.

- Un kinésithérapeute réalisant, de façon manuelle ou technique, des actes spécifiques qui ont pour but de compenser, améliorer ou restaurer les incapacités neuromotrices ou respiratoires des enfants.

- Un ergothérapeute qui adapte le matériel, l'architecture des lieux de vie nécessaires à l'enfant afin de développer son indépendance et son autonomie.

- Une orthophoniste qui axe son travail autour de la sphère orale (déglutition, vocalises, articulation, compréhension du langage oral) et des difficultés de mise en place des prérequis pour l'acquisition du langage écrit.

- Un orthoptiste ayant pour mission le dépistage, la rééducation et la réadaptation des troubles de la vision pour permettre à l'enfant d'augmenter son efficacité visuelle en améliorant l'orientation du regard et la localisation visuelle.

- Une assistante sociale qui assure le lien entre la famille et l'institution.

- Une psychologue proposant un accompagnement psychologique de l'enfant et de sa famille en fonction de la demande.

- Une psychomotricienne qui accompagne l'enfant dans l'investissement de son corps, permettant ainsi l'intégration puis la représentation de celui-ci au sein de son psychisme et favorisant une meilleure adaptation à son environnement.

La prise en charge des enfants de l'établissement est basée sur la pluridisciplinarité de l'équipe. Tous participent et s'ajustent au besoin de l'enfant dans une recherche de contenance et de sécurité.

3) La place des familles

Les enfants arrivent et repartent du centre par des systèmes de transports adaptés (mise en place de taxis et d'ambulances qui assurent le transport des enfants). Les sociétés de transport sont sélectionnées par les parents. Ils ont la possibilité d'effectuer eux-mêmes les déplacements mais la plupart des enfants sont accompagnés en taxi.

Le lien avec les familles est assuré grâce à un cahier de correspondance dans lequel les différents professionnels ont la possibilité d'échanger avec les parents. Dans ces cahiers, les parents peuvent adresser un message à un professionnel en particulier ou informer l'équipe entière de l'état de leur enfant (maladie, manque d'appétit, trouble du sommeil, changement de traitement médicamenteux...). L'équipe consulte régulièrement les messages qui lui sont adressés, elle note également les événements importants relatifs à l'enfant.

4) Ma place de stagiaire

Il a été convenu, avec la psychomotricienne en début de ce stage, que ma place évoluerait dans les prises en charge, en fonction de mon besoin d'observation et de mes capacités à m'inscrire de manière plus active dans les prises en charge. Au départ en position d'observatrice, j'ai rapidement pris des initiatives au côté de la psychomotricienne. Au fur et à mesure, elle m'a fait confiance et m'a laissée mener plusieurs prises en charge individuelles de manière autonome. Mon évolution a donc été relativement homogène dans tous les suivis depuis la période d'observation jusqu'à présent où je réalise seule les prises en charge.

J'ai ainsi pu commencer à nourrir ma réflexion et ma pratique professionnelle auprès de ces enfants. Ces différentes rencontres ou non-rencontres m'ont amenée à me questionner, à me remettre en question, autour de ce domaine qu'est la rencontre avec le polyhandicap.

Une « non-rencontre » avec un enfant m'a particulièrement touchée, questionnée et déstabilisée. Cet enfant, c'est Edouard. Les différents moments de séance partagés avec Edouard seront le point de départ de ma réflexion et de mon écrit.

ETUDE DE CAS : EDOUARD

1) Présentation d'Edouard

Edouard a trois ans et quelques mois lorsque je le vois pour la première fois. Les traits de son visage sont fins, son teint est pâle, ses yeux sont bruns à l'instar de ses cheveux légèrement en bataille qui tombent sur son front. Son visage est harmonieux, il me paraît afficher une expression d'innocence comme coupé hors du temps. Son visage et son expressivité me font penser à celle d'un ange.

Ce jeune garçon est longiligne. Il m'est impossible d'évaluer sa taille car il est toujours allongé sur un tapis en décubitus dorsal, quand je le vois. Les membres supérieurs et inférieurs d'Edouard sont raides, en lien avec sa spasticité. Parfois, j'observe une gesticulation de ses membres, d'autres fois non. Edouard a peu d'autonomie motrice, il présente une hypotonie de son axe et ne tient pas sa tête. Il me donne donc l'impression d'être « un grand bébé ».

Afin de limiter les déformations articulaires, Edouard est placé quotidiennement dans un corset-siège. Ce siège moulé confort est posé sur un socle inclinable avec une tablette pour faciliter l'alimentation d'Edouard et éviter les fausses routes. Allongé en décubitus dorsal, Edouard se met en opisthotonos (position en hyperextension du corps). Sa position spontanée est asymétrique avec une rotation cervicale préférentielle à gauche et une incurvation du tronc convexe à gauche¹.

Edouard utilise peu ses mains qu'il garde spontanément près de son corps, poings serrés. Le réflexe de grasping² ne semble pas présent : Edouard n'attrape pas les objets que je lui mets dans la main.

Edouard ne présente pas de déficit visuel mais son regard est difficile à capter. Ses yeux semblent parcourir l'environnement extérieur sans s'arrêter sur des éléments en particulier. Plusieurs fois, je me suis demandé si sa vision est efficiente. Edouard réagit en revanche aux stimulations sonores qui l'entourent mais n'a pas accès au langage verbal.

Au niveau relationnel, il est donc difficile de communiquer avec Edouard, les échanges de regard étant peu présents, son tonus étant incertain. Il donne l'image d'un enfant insaisissable entre un aspect physique attrayant et un intérieur qui paraît parfois vide, difficile d'accès. Comment se rencontrer ?

¹ Élément du dossier médical

² Défini dans la partie théorique

2) Eléments d'anamnèse

Edouard est né en juillet deux mille onze. Il aura donc quatre ans très prochainement. Edouard est le cadet d'une fratrie de deux enfants. Son frère, âgé d'un an de plus, est également suivi dans l'institution et souffre de la même pathologie. Edouard est atteint d'une encéphalopathie convulsivante familiale pharmaco-résistante, non étiquetée, qui est actuellement en cours d'exploration. Le diagnostic du syndrome de West, une forme rare d'épilepsie du nourrisson, est tout de même posé.

Edouard est né à quarante semaines d'aménorrhée. L'accouchement s'est bien déroulé et le test d'Apgar note un score de 10/10. Edouard est un bébé de poids et de taille normale à la naissance. Il se développe normalement jusqu'à ses trois-quatre mois, âge où apparaissent les premières myoclonies³. Celles-ci sont alors associées à des spasmes en flexion des membres inférieurs et supérieurs. La phase post-critique des crises est marquée par une pâleur et un blocage respiratoire vécus comme impressionnant par l'entourage de l'enfant. Du fait de la survenue des crises, le développement d'Edouard en est entravé. Edouard perd du poids, les tétées deviennent très longues et difficiles. Sur le plan tonique, l'hypotonie axiale et l'hypertonie périphérique restent prédominantes. Edouard ne tient pas sa tête, les retournements ne sont pas possibles.

Au terme du congé maternité de sa mère, Edouard est gardé, ainsi que son frère, par une aide à domicile. Il sera suivi dans un Centre d'Accueil Médico-Social Précoce durant un an. En deux mille treize, les parents d'Edouard déménagent. Edouard est alors suivi dans un SESSAD à partir du mois de mars de la même année. En septembre deux mille quatorze, Edouard et son frère sont orientés vers l'établissement dans lequel je les rencontre. Edouard est présent dans l'unité deux demi-journées par semaines durant lesquelles il bénéficie de prises en charge en kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie et psychomotricité. Les autres jours, Edouard et son frère sont gardés par une aide à domicile.

Les parents d'Edouard sont peu présents dans l'institution. Je ne les ai jamais rencontrés et il ne m'a pas été possible de le faire, la psychomotricienne m'indiquant qu'ils sont peu enclins aux rendez-vous car très pris par leur travail.

³ **Myoclonie** : contraction musculaire brutale et involontaire due à la décharge pathologique d'un groupe de cellules nerveuses.

3) Une multiplicité de projets de soin

○ Kinésithérapie

Edouard est suivi en kinésithérapie à raison de deux séances de quarante minutes par semaine. Le projet de soin est axé autour de la surveillance orthopédique et de l'appareillage avec des mobilisations passives des membres inférieurs afin d'éviter les déformations. En effet, Edouard a les doigts de pied gauche en coup de vent et les deux pieds en équin.

De plus, la kinésithérapeute propose à Edouard plusieurs exercices d'étirement et de décontraction musculaire afin de diminuer son tonus et d'en faciliter sa régulation. Ceci dans l'intention de lui donner envie de se mobiliser.

Elle me confie avoir des difficultés avec Edouard car son attention est fluctuante et elle ne perçoit pas d'évolution chez lui depuis le début de sa prise en charge.

○ Orthophonie

L'orthophoniste suit Edouard une fois par semaine. La prise en charge dure trente minutes. Un bilan de l'oralité a été effectué en septembre deux mille quatorze, date d'arrivée d'Edouard dans l'institution. Ce bilan rapporte les difficultés récentes d'Edouard pour l'alimentation. En effet, il y a 6 mois, les repas étaient ponctués de vomissements, en lien avec son état épileptique. Depuis, les repas sont difficiles pour Edouard. Il les prend mixé, 3 fois par jour, accompagné d'un biberon de lait (épaissi avec des flocons de pomme de terre) le matin. S'il a toujours un air dégoûté au début du repas, il semble en apprécier finalement le goût d'après les dires de son père. Edouard a besoin d'aide pour évacuer les rots au cours et après le repas, si bien que les parents réalisent des massages de l'abdomen. En cas d'oubli, le repas est souvent suivi de vomissements.

Le bilan orthophonique met en évidence la présence d'un réflexe hypernauséux important au contact de la cuillère. Celui-ci est surtout présent en début de repas et déclenché uniquement au contact alimentaire (absent dans l'introduction de la tétine). Edouard présente une déglutition réflexe de type succion/déglutition perturbée par de nombreux spasmes épileptiques. Par ailleurs, la position assise, couplée à l'hypersalivation, entraîne un écoulement d'une partie du bol alimentaire hors de la bouche, sous l'action de la langue.

Les objectifs de l'orthophoniste sont les suivants :

- Désensibilisation du réflexe hypernauséux grâce à la réalisation de massages endo-buccaux
- Adaptation de la posture au cours du repas afin de limiter l'écoulement du bol alimentaire
- Adaptation des techniques de succion pour faciliter la prise de liquides.

- **Ergothérapie**

L'ergothérapeute, outre la surveillance des aides techniques, se propose d'accompagner les parents lors de l'acquisition d'une nouvelle maison, pour que celle-ci soit bien adaptée aux difficultés d'Edouard et de son frère.

- **Projet de soin en Psychomotricité**

Je présenterai ci-dessous le projet de soin d'Edouard que nous avons pu élaborer ensemble avec la psychomotricienne.

Dans une approche globale et unificatrice, le projet axé sur la sensorialité, cherchera à lui permettre de consolider sa structure interne afin qu'il acquiert une sécurité de base tout en veillant au maintien de ses acquisitions.

Dans un premier temps, par un travail sur le toucher contact, nous lui ferons explorer ses limites corporelles et prendre conscience de sa charpente osseuse et de son axe.

Dans un deuxième temps, par des mobilisations passives, nous travaillerons sur le développement postural en cherchant à l'amener vers un enroulement de son axe corporel dans un retour à soi, pour l'amener à être plus acteur dans ses relations avec le monde extérieur.

4) Extraits de séances

- **Première séance, Premières impressions**

Je rencontre Edouard pour la première fois lors de mon premier jour de stage dans l'institution. La psychomotricienne va chercher Edouard au « jardin d'enfants », espace où les auxiliaires de puériculture s'occupent des enfants en attendant leurs différentes prises en charges. Edouard est seul, allongé en décubitus dorsal sur un tapis. Un coussin surélève

sa tête et un autre ses genoux. Je me dirige vers lui, tout comme la psychomotricienne. A la vue d'Edouard seul sur le tapis, je n'ose pas trop l'approcher comme si j'allais l'importuner. Il me semble replié sur lui-même, difficile à aborder car plongé dans un monde que je ne connais pas. La psychomotricienne s'approche, s'accroupit à côté de lui, pose sa main sur son épaule et se présente à Edouard en lui disant qu'elle vient le chercher pour sa prise en charge en Psychomotricité. D'Edouard, je n'observe aucune réaction. Ses yeux parcourent la pièce sans s'arrêter sur un objet particulier, sa respiration est lente et calme. Son corps reste immobile, figé, à l'exception de sa jambe gauche qui tremble en continu, ses membres me paraissent relativement toniques, difficiles à mobiliser. Je m'approche d'Edouard à mon tour en mettant ma main sur son autre épaule puis je me présente à lui. De nouveau, je n'observe aucun changement de comportement, même infime.

La psychomotricienne enveloppe Edouard de ses bras et le porte ; nous nous dirigeons tous les trois vers la salle de Psychomotricité qui donne sur le Jardin d'enfants. Edouard se laisse porter, aucune réaction n'est visible y compris lorsque la psychomotricienne l'installe sur le tapis au sol en décubitus ventral. A cet instant, je me tiens à distance d'Edouard : le corps d'Edouard, filiforme, me paraît très fragile, cassant et je n'ose le toucher. La psychomotricienne s'adresse alors à Edouard en lui expliquant les raisons de ma présence. Je lui explique donc que je serais présente toute l'année dans sa prise en charge de psychomotricité. Edouard reste immobile, son corps me paraît figé, presque éteint. Je me fige à mon tour et je m'aperçois que je ne bouge plus, en miroir de sa posture. La psychomotricienne propose alors à Edouard des percussions osseuses sur le côté droit de son corps. Elle tapote successivement différentes zones corporelles : l'épaule, le bassin, le genou et le pied d'Edouard dans un rythme assez soutenu. Edouard a le visage orienté vers moi, il ne me regarde pas. Je cherche à savoir ce qu'il regarde en dirigeant mes yeux dans la même direction que lui, mais je ne sais quoi regarder. Sent-il ma présence ou est-ce le fruit du hasard ? Les percussions osseuses me donnent l'impression qu'Edouard est plus présent qu'en ce début de prise en charge. Il paraît être avec nous. Son visage paraît plus animé. Sa jambe gauche ne tremble plus. Ses bras se mobilisent un peu. Ses poings en revanche restent fermés. Je lui propose à mon tour des percussions tactiles du côté gauche. Je n'ose taper fort, la peur de le casser restant présente. Son corps s'anime de plus en plus, son regard paraît plus fixe. Edouard me paraît plus vivant.

Puis, un sursaut tonique survient. Ses yeux se révulsent, son corps prend une posture d'hyperextension. Edouard se met en opisthotonos. Une expression de béatitude

anime son visage : Edouard esquisse un sourire, une sensation de bien-être semble l’envahir. En l’espace de quelques secondes, sans que je n’aie pu présager quoi que ce soit, Edouard a une crise d’épilepsie. Moi, je ne bouge plus, je suis totalement inhibée, je n’ose le toucher de peur qu’une nouvelle crise survienne. La psychomotricienne rappelle à Edouard qu’il se trouve en séance de psychomotricité en notre compagnie. La séance continue alors. Edouard quitte sa posture d’hyperextension lentement sous les impulsions de la psychomotricienne.

La psychomotricienne propose à Edouard un enveloppement dans un drap assez serré. Edouard s’agite : ses bras, ses jambes bougent comme si il voulait sentir ce contact du drap enveloppant. Au fur et à mesure, Edouard semble se détendre, se relâcher et abandonner, un court instant, cet agrippement tonique perçu en début de séance.

Je garde de cette première séance une sensation paradoxale entre l’envie d’envelopper Edouard de mes bras, le porter, le bercer comme s’il réveillait en moi l’envie de le mater et la peur de ce corps, entravé, dépendant qui me paraissait si fragile et cassable. Après la séance, je me suis rendue compte qu’il m’était impossible d’estimer le temps passé avec cet enfant tellement cela m’a paru à la fois long et court. C’est comme si le temps s’était arrêté, que mes pensées s’étaient également figées, hors du temps. Différentes questions m’animent alors. Comment Edouard comprend-t-il et évalue-t-il notre présence ? Quel sens donner à sa vision, est-elle efficiente ? Cette hypertonie est-elle uniquement neurologique ou est-ce un agrippement ? Qu’en est-il de son immobilisation ? Comment trouver la bonne distance de manière à être présente et disponible, non intrusive, afin de partager des expériences communes ?

Toutes ces questions, ces ressentis m’ont intriguées et m’ont amenée à m’interroger un peu plus sur ce petit garçon, dans une volonté certaine de connaître son histoire, d’en savoir un peu plus sur son développement. Ces réflexions et questionnements seront le point de départ de ma clinique et de mon écrit.

- **Les séances continuent et riment avec discontinuité**

Lors des séances suivantes, je reste un peu à distance comme si il me fallait un temps pour apprivoiser Edouard, pour l’observer, le comprendre. Celles-ci sont ponctuées de crises d’épilepsie qui sont toujours impressionnantes mais auxquelles je m’habitue, dédouanée de ma propre peur. Edouard n’est pas régulièrement présent dans l’institution, victime des maladies saisonnières qu’il semble toutes contracter. Les séances fluctuent

donc entre la présence physique de ce jeune garçon en séance et son absence parfois physique. Je porte mon intérêt sur les fluctuations toniques d'Edouard. Tantôt Edouard me paraît complètement hypotonique comme si il avait accepté de lâcher une partie de sa carapace, tantôt il est complètement tendu, en opisthothonos et s'accroche à cette position malgré toutes nos tentatives pour le détendre.

Ce jour là, je vais chercher Edouard, seule, pour la première fois, la psychomotricienne nous attend dans la salle de psychomotricité. C'est l'occasion, par le portage pour l'amener en salle de psychomotricité, de sentir un peu plus l'effet de son tonus sur mon propre corps. Edouard est très rigide, son corps très tonique, il me paraît très léger. Mes bras trop petits, le contiennent difficilement. Je lutte contre la tension de son corps sur mes bras, contre sa position d'hyperextension difficile à contenir. Edouard s'accroche de plus belle et pousse encore plus fort, le visage impassible et la respiration saccadée. Une fois dans la salle, je décide de ne pas le poser tout de suite sur le sol. Je joue alors sur mon tonus en y mettant des fluctuations qu'Edouard pourrait percevoir dans son corps. En réponse à son hypertonie, je relâche totalement mon propre tonus ne cherchant pas à lutter mais à accueillir ce qu'il cherchait à me signifier. Petit à petit, son tonus s'abaisse, sa respiration devient plus ample, Edouard s'oublie un peu dans mes bras quelques minutes puis une nouvelle crise apparaît. Le tonus d'Edouard augmente, ses muscles se contractent, il prend une position d'hyperextension. Surprise, je le pose sur le sol de peur qu'il sente que ma tension augmente du fait de la crise. Edouard semble s'accrocher à son tonus par de légers mouvements semblables à des auto-agrippements qui semblent le tenir. *« Lorsque la continuité d'être de l'individu est mise à mal par les manques de ses intégrations, les auto-agrippements lui procureraient un sentiment d'exister à un niveau sensorimoteur par le flux continu de sensations qu'ils entretiennent et qui renforce pour un temps la cohésion de son Moi. Mais ce sentiment d'exister ne serait que temporaire, ne se prolongeant pas au-delà de ces procédés »*⁴ écrit M. PAGANI. Cette tension musculaire viendrait-elle pallier l'insécurité d'Edouard en lui donnant un semblant de sentiment de continuité d'existence, sensation pourtant éphémère ?

○ **Un massage à quatre mains qui contient**

Le comportement d'Edouard face aux propositions d'enveloppement par un tissu

⁴ PAGANI M., (2005), Les autoagrippements : « à la recherche d'un sentiment continu d'exister ? », *Thérapies Psychomotrices et Recherches*, N°144, p 6.

varie. Si parfois Edouard devient plus présent, son corps plus mouvant ; de temps à autre, cet enveloppement ne semble pas suffisamment le contenir. Edouard s'agite, pleure et, tel un nourrisson, seul le portage à bras semble l'apaiser. Au fur et à mesure des séances, nous nous apercevons, avec la psychomotricienne, qu'en présence de contact tactile, Edouard paraît plus présent, plus à l'écoute. Un projet de massage à quatre mains s'installe alors, il durera plusieurs séances.

Au fur et à mesure des séances, notre toucher s'est transformé, un rythme s'est installé. Notre approche est liée à la stimulation basale créée par Andres FRÖHLICH, concept sur lequel la psychomotricienne s'appuie dans les propositions faites à Edouard. Il s'agit, par « *une stimulation somatique [...] en partant du milieu du corps, de « modeler » le tronc en tant que centre du corps. Plus tard, les jambes et les bras s'y joindront, jusqu'à ce que la stimulation finisse aux mains et aux pieds* »⁵. Nous installons donc Edouard en décubitus dorsal de manière à ce que son dos soit au contact du sol. La psychomotricienne appose sa main sur l'épaule d'Edouard pour se présenter à lui. Je fais de même dans un deuxième temps. Edouard ne réagit que très peu à ces moments de « rencontre ». Il paraît peu présent, peu à l'écoute. Nous plaçons ensuite, chacune de notre côté, nos deux mains sur les épaules d'Edouard en exerçant une certaine pression que nous tâchons d'être commune. Edouard s'éveille peu à peu, sa respiration ralentit, son regard balaye moins l'environnement. Puis, lentement, au rythme de la respiration d'Edouard, nous apposons, en rythme, nos quatre mains sur ses flancs, puis sur ses hanches et nous descendons nos mains jusqu'aux pieds. Nos mains gardent systématiquement contact avec le corps d'Edouard afin d'amener de la continuité. « *Au moyen d'une stimulation somatique, c'est-à-dire portant sur l'ensemble du corps cutané et musculaire, il s'agit de vivre une expérience positive avec son propre corps, avec sa propre individualité, au niveau des frontières et des points de contact avec le monde* »⁶. Edouard ne bouge pas, son visage s'anime, ses traits se détendent. Son tonus s'abaisse. Il paraît plus présent au monde, à nous, à ce qui l'entoure pendant ces massages et pourtant, j'ai toujours le sentiment que nous ne nous sommes pas encore rencontrés véritablement. Il me paraît prendre conscience peu à peu que c'est son corps que nous touchons, mais a-t-il conscience de notre présence ?

⁵ FROHLICH A. (2001), La stimulation basale, Avancer ensemble dans la réalité sensorielle du monde. p.4

⁶ Ibid p.3

○ **Une première vraie rencontre**

Quelques semaines après le début de mon stage, la psychomotricienne étant en vacances, avec son accord et celui de l'équipe, je vois seule Edouard. Edouard est, comme à chaque fois, allongé sur le tapis, seul, dans le jardin d'enfants. Je me présente à lui par le contact tactile et la voix en lui expliquant les raisons de ma présence, seule avec lui aujourd'hui. Je l'emmène ensuite dans la salle de psychomotricité. Edouard est très lourd cette fois-ci, très hypotonique, il se relâche complètement dans mes bras et tourne son visage vers mon buste. Son regard ne semble pas dirigé vers un élément en particulier, il semble ne rien regarder. Je pose Edouard sur le tapis, il s'agite. Je l'informe que je reste là, à côté de lui, en maintenant le contact tactile. En réaction, Edouard ne bouge plus. Une fois allongé sur le tapis, je propose à Edouard dans un premier temps des percussions osseuses sur les articulations de son corps en faisant varier les rythmes et l'intensité des percussions. Edouard dirige sa tête dans ma direction mais son regard ne se pose pas sur moi, il ne semble rien regarder de particulier. Lorsque je propose des percussions relativement rapides et intenses, Edouard met son bras sur le mien comme pour le pousser. Je suis d'abord surprise, puis je lui demande s'il souhaite que je ralentisse le rythme des percussions, ce que je fais ensuite. Edouard laisse poser son bras sur le mien. J'aperçois ce qui me paraît être un léger coup d'œil vers mon bras, son tonus d'abaisse, Edouard esquisse un sourire. J'accélère de nouveau la cadence et l'intensité des percussions : Edouard se fige, son bras encore posé sur le mien se raidit. En ralentissant de nouveau le rythme des pulsations, le tonus d'Edouard s'abaisse de nouveau. Celui-ci semble se détendre, une nouvelle fois à l'écoute de son corps. Était-ce volontaire de poser son bras sur le mien ? A-t-il conscience de ma présence ? A-t-il vraiment pu focaliser son regard et regarder mon bras ?

Je propose ensuite à Edouard un coussin vibrant afin de lui amener des vibrations plus intenses. Pour le solliciter, je rapproche l'objet et lui fais toucher le coussin avec ses doigts. Edouard se laisse faire, ses doigts se referment sur le coussin comme s'il voulait s'en saisir. Ses ongles frottent contre le cuir en faisant de légers bruits, le mouvement de ses doigts s'accélère. Edouard fera plusieurs fois ce mouvement d'ouverture-fermeture de la main avant de s'arrêter. Je décide alors d'actionner à distance le coussin et de le rapprocher de ses oreilles afin qu'il en écoute le bruit et qu'il l'apprivoise dans une sensorialité différente. Edouard tourne alors la tête vers la source de la stimulation sonore et dirige son regard vers l'objet. Pour lui faire ressentir la vibration, je pose l'objet sur le

sol, à côté de lui. Je lui verbalise que c'est bien le coussin qu'il entend et que ce coussin vibre. Edouard ne réagit pas. Sent-il la vibration par l'intermédiaire du sol ? Je lui propose une nouvelle fois de ressentir, par un contact tactile, le coussin du bout de ses doigts. Puis, j'actionne la vibration du coussin. Edouard, à mon grand étonnement, se met à pousser ses bras contre le coussin et imite le bruit de la vibration. Ses poings qui restaient toujours fermés s'ouvrent, ses paumes appuient sur le coussin. Est-ce volontaire ? Cherche-t-il à se saisir du coussin ? J'interromps alors la vibration. Edouard ne pousse plus. En revanche, il reprend le son de la vibration comme pour me dire « recommence ». Je le lui verbalise et actionne de nouveau le coussin. Edouard ne dit plus rien mais ses bras, tendus, semblent pousser de toute leur force sur le coussin. Je suspends une nouvelle fois la vibration pour observer la réaction d'Edouard. Celui-ci imite de nouveau de son de la vibration. Je me mets à sourire car j'ai le sentiment qu'il s'est passé quelque chose entre nous. Ainsi, la fin de séance est marquée par cette alternance entre les repoussés d'Edouard et ses sons de voix.

Cette rencontre est marquée par ce que je qualifierais d'un véritable échange entre mes propositions et les réactions d'Edouard. Est-ce parce que j'ai eu le sentiment qu'Edouard répondait aux situations proposées dans un jeu de question-réponse ? Je me suis rendue compte, après la séance, avoir beaucoup parlé à Edouard ce jour là dans l'intention d'être au plus juste et de verbaliser tout ce que je faisais. Pourquoi parler autant ? Est-ce parce qu'Edouard me donne l'impression d'être une coquille vide ? Qui est-il ? Que se passe-t-il dans son corps ?

- **D'une première rencontre à des espaces d'accordage**

Au fil des séances, je trouve Edouard plus présent et plus apaisé. Son agrippement tonique est moins fréquent. Il me semble plus aisé de se rencontrer, s'accorder et partager ensemble. Peut-être parce que mon regard sur lui a changé. Je vois désormais autrement les potentialités d'Edouard, je lui découvre d'autres capacités que je n'imaginai pas avant.

- **Des bras qui s'ajustent, qui contiennent**

Je vois désormais Edouard seule en séance, la psychomotricienne m'ayant confié la prise en charge. Le fait de le porter en début de séance, ses réactions quand je le pose sur le sol m'ont poussée à me questionner sur la qualité de mon portage. Comment le porter ? Quel enveloppement lui proposer ? Comment être contenante sans être envahissante ? La

peur de le casser s'est de nouveau imposée à moi mais petit à petit, j'ai mis de côté l'image d'un corps fragile cassable, en prenant conscience que c'était de mes propres capacités dont je doutais et non des siennes. Edouard m'appelle dans une position maternante avec des bras qui enveloppent, qui doivent s'ajuster comme dans les relations précoces entre la mère et le bébé.

Désormais, dès que je vais chercher Edouard dans le jardin d'enfant, j'attends qu'il réagisse au contact tactile que je lui propose avant de lui parler oralement. Je m'approche très près de lui afin qu'il sente mon odeur, qu'il associe une stimulation olfactive au contact tactile. Généralement, un mouvement infime du visage ou des bras d'Edouard se dessine quand je vais à sa rencontre. J'ai appris à adapter mes gestes, mes positionnements et mon tonus dans le portage afin qu'il soit le plus adapté possible. Cet ajustement a pris du temps, mais il a été formateur dans la prise en charge d'Edouard.

Edouard, se mettant en position d'opisthotonos, se raidissant, semble s'accrocher à ses sensations toniques comme pour se tenir. Dans les portages, Edouard se relâche, pose sa tête contre moi et semble s'apaiser. Lors d'une séance où Edouard pleurait beaucoup, je l'ai porté tout la séance en le tenant tout contre moi. J'ai commencé spontanément à faire des mouvements de gauche à droite comme si je le berçais. Edouard s'est apaisé peu à peu. Je décide de l'allonger sur le tapis mais Edouard résiste et recommence à sangloter. J'assois donc Edouard sur mes genoux, mes bras soutenant son dos. J'enveloppe de mes mains différentes parties du corps d'Edouard que je nomme au fur et à mesure en accompagnement de mes balancements. Edouard pose sa tête contre ma joue, je m'aperçois qu'il réussit à la tenir dans cette position, chose que je n'aurais pas envisagé auparavant. Je sens sa respiration se ralentir, ses sanglots s'estomper, Edouard me semble à l'écoute de ce que je lui propose. Je l'observe dans le miroir situé en face de nous. Il dirige son regard vers les différentes parties que je suis en train de toucher. Pendant ce temps, je le sens détendu. Je le regarde et me dis que je ne m'étais pas aperçue avant combien Edouard est grand, qu'il a vraiment, dans cette position assise le physique d'un petit garçon moi qui le considérait comme un grand bébé. Ce contact corporel, l'enveloppement de mes bras, lui permet-il d'être plus présent à l'autre et à lui-même ?

- Des sons pour se contenir, se sécuriser

C'est à Edouard que je m'adresse, lui qui ne parle pas et qui émet très peu de sons. Au début je verbalisais beaucoup, cherchant à le solliciter par un flot de paroles qui sans

doute l'envahissait. Puis, après m'être interrogée sur ce qu'il comprenait de mes mots, la quantité de mon discours s'est atténuée. Je crois que je parlais plus pour moi et non pour lui car je me sentais présente, exister presque à côté de lui. Il m'a fallu du temps pour apprendre à ne pas en dire trop, à laisser venir les choses. Le corps à corps nous a permis de nous rencontrer dans un premier temps, de nous sentir exister l'un et l'autre. Je me suis aperçue qu'Edouard était très sensible aux stimulations sonores car dès que je mettais un objet sonore proche de sa tête, il dirigeait celle-ci en direction de la source sonore.

Je chante, je lui parle, utilise des objets sonores. Edouard n'y est pas toujours attentif mais parfois, il semble lâcher ses agrippements pour être à l'écoute de ce que je propose. Edouard ne produit que très peu de sons en séances de psychomotricité. J'ai pourtant remarqué que lorsqu'il se retrouve seul dans le jardin d'enfant, Edouard babille et peut même crier parfois. Ces sons ne semblent pas avoir valeur d'adresse, personne n'étant à proximité de lui dans ces moments. Ces sons ont-ils valeur de bain sensoriel qui envelopperait Edouard ? Est-ce une manière pour lui de se contenir ? De pallier une sécurité interne défaillante ?

- Des réponses en écho, pour s'accorder ?

Un jour, alors que je vais chercher Edouard pour sa séance hebdomadaire, je m'aperçois qu'il est en train de faire des claquements de langue. Le jardin d'enfant est très bruyant, beaucoup d'enfants pleurent, s'agitent. Edouard ne réagit pas lorsque je m'adresse à lui. Ses claquements de langue sont toujours présents lorsque nous entrons dans la salle. Je décide alors de l'imiter en reprenant des claquements de langue à mon tour. Edouard tourne la tête vers moi et arrête ses sons de bouche. Il paraît intrigué par ce son qu'il connaît mais qui ne vient pas de lui. Je continue alors les claquements quelques secondes puis je m'arrête. Edouard reprend alors les claquements de langue, dirige ses yeux vers moi et me regarde. Il me regarde, je le regarde, nous nous regardons pendant un long moment. Puis nous reprenons ensemble les claquements de langue avant de nous arrêter. Ce moment m'a fortement marqué. Est-ce parce qu'il a induit un premier échange de regards ? Est-ce parce que j'ai eu l'impression d'exister pour lui à ce moment précis ?

Les yeux dans les yeux, je me suis mise à lui chanter une comptine iroquoise : « Ani couni ». Pourquoi cette chanson et pas « le petit escargot » ou « les petits poissons dans l'eau » que je lui chante habituellement ? Peut-être parce que cette fois-ci, je voulais lui transmettre une chanson qui m'est propre, qu'on ne lui chante pas ou qu'il pourrait entendre au jardin d'enfant. Edouard a continué à me regarder dans les yeux pendant tout

la chanson alors que je tapais le rythme avec mes pieds sur le sol. J'ai laissé agir mon corps, mes ressentis et mes envies ce qui a permis de capter l'attention d'Edouard. Son regard me transperce, j'ai le sentiment d'être à nue face à ce petit garçon, d'exister face à lui et que nous sommes en train de partager un moment fort. Je n'ose pas baisser les yeux. Est-ce le fruit de mon imagination ? Prise d'un doute, je tourne les yeux et le regarde à nouveau. Oui, il me regarde bien. Je me surprends à rêver de ce qu'il pourrait dire s'il pouvait parler. Chanterait-il avec moi ?

Etre accordé, c'est le sentiment que j'ai eu dans cette séance grâce à ces claquements de langue et cet échange de regard. Peut-être est-ce ce qui a amené chez moi cette image d'un chant commun, qui m'a fait rêver. « La capacité de rêverie » définie par Bion est la capacité de la mère de comprendre les vécus de l'enfant, de les traduire pour leur en donner une forme à l'enfant. Rêver, donner du sens aux éléments corporels, aux sensations non-objectivées de l'autre ; les transformer pour que l'enfant puisse les intégrer, se les représenter afin de l'amener à penser est ce que l'on travaille dans cet espace d'accordage. Permettre que l'enfant mette un sens sur ce qui se passe dans son corps.

- S'enrouler pour mieux se sécuriser et s'accorder ?

Allongé ou assis, Edouard se place souvent en opisthotonos, position d'hyperextension à l'inverse du schème d'enroulement. Je me suis interrogée sur les éventuelles tensions musculaires qu'il devait sentir dans la chaîne postérieure de son dos. Comment ressentir son dos autrement et favoriser un appui-dos pour s'ouvrir au monde ? Le schéma d'enroulement fait partie du développement postural de l'enfant. Dans cette position, l'enfant est replié sur lui-même. BULLINGER qualifie cette posture de symétrique. Observable à la naissance, l'enroulement est favorisé par une hypotonie du tronc à une hypertonie des membres. Cette position privilégie la centration du bébé sur lui-même, et notamment sur sa sphère orale. « *Les mains, dans leurs mouvements, peuvent être captées par cet espace oral, le bébé engage alors une activité de succion qui le mobilise complètement* »⁷. Je propose à Edouard dans différents temps de séance un travail d'enroulement/déploiement tout en gardant un contact corporel et en maintenant son dos. Il s'agit de lui faire vivre des postures différenciées et qu'il expérimente, de lui-même, la transition de l'une à l'autre. Les postures pathologiques se caractérisent par une inversion

⁷ BULLINGER, (1996), Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson, Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Eres, Toulouse, 2007, p. 85.

des points d'appuis. « *Dans le cas d'une hyper-extension du buste, le passage dans une posture opposée est quasi-impossible, et entraîne un effondrement tonique ou à l'opposé une mise en tension excessive qui verrouille le buste dans cette posture* »⁸.

Au début de ce travail, je commence par placer Edouard en assis tailleur face à moi. Des coussins maintiennent sa tête, son dos et ses membres. Il s'agit de l'inviter à se centrer sur son corps et ses sensations corporelles. En commençant par l'ouverture-fermeture de ses mains, je m'aperçois qu'Edouard semble attentif à ce que j'ai l'intention de lui proposer. Je continue donc en lui imprimant des mouvements de flexions-extensions de ses membres en commençant par les mains, puis les jambes. Edouard regarde ce que je fais ce jour là. Son visage semble apaisé, un sourire se dessine sur ses lèvres. Je le sens se relâcher, prendre un appui sur moi comme s'il avait besoin d'être tenu dans cette nouvelle position que je lui amène. En revanche, sa tête penche vers l'avant et la gauche dans cette position, son visage est enfoui dans son torse. Edouard n'en dit rien mais ça ne me semble pas confortable pour lui. Je choisis donc de modifier cette posture la séance suivante.

La séance d'après, je place Edouard perpendiculaire à mon buste, sur mes genoux. Une main maintient le haut de son dos et sa nuque tandis qu'une de mes jambes en maintient le bas. Dans cette position, Edouard réussit à maintenir sa tête quelques secondes et joue à la faire tomber vers l'avant, ce qui semble l'amuser. Tente-t-il de lui-même de faire travailler ses muscles cervicaux afin de favoriser le maintien de sa tête ? Au début de la séance, je sens Edouard très crispé, sa jambe gauche tremble beaucoup et ses bras s'agitent. En l'enveloppant de mes bras et en lui chuchotant la chanson « ani couni » dans l'oreille, Edouard se détend. Je lui propose d'abord des pressions sur l'ensemble du dos pour qu'il sente cet axe, cette « charnière osseuse » qui lui fait défaut. Au fur et à mesure que ma main descend le long de sa colonne et son dos, Edouard se redresse de tout son axe jusqu'à se maintenir à la verticale puis, d'un coup, son tonus se relâche et Edouard se retrouve en position complète d'enroulement. Nous avons réitéré l'expérience plusieurs fois : plus je descendais ma main le long de son dos, plus Edouard souriait et tournait la tête vers moi. Je sentais dans mon propre corps les fluctuations toniques d'Edouard qui se rigidifiait petit à petit. Commence-t-il à percevoir les sensations présentes au niveau de son dos ? Commence-t-il à les intégrer ? Ce contrôle tonique est-il involontaire ou bien automatique ?

La séance suivante, je réitère le travail entamé la séance précédente. L'exploration de la verticalité est une nouvelle fois possible. Je le place alors en appui tailleur afin qu'il

⁸ Ibid. p.140.

ressente dans son dos le contact de mon buste, de lui fournir un appui-dos corporel. Le contact corporel semblant contenir Edouard et lui permettre d'être disponible à ce que je peux lui proposer. Fruit du hasard ou non, je me suis également aperçue que les crises se déclarent moins quand je lui propose un contact corporel dans les séances. Edouard est donc placé contre moi face au miroir. Je remarque que je peux l'observer plus nettement et précisément dans cette position. Edouard a la tête un peu penchée vers l'avant. Je m'attache une nouvelle fois à lui faire sentir son dos par de petites percussions osseuses qui entraînent chez lui un mouvement de balancement. Puis, au niveau de son bassin, j'exerce de fortes pressions sur ses crêtes iliaques puis sur son sacrum. Les balancements d'Edouard d'avant en arrière s'étant estompés, je lui imprime un mouvement de balancement de gauche à droite dans son corps afin qu'il ressente ses ischions qui sont au contact du sol. Edouard tourne la tête vers la gauche quand nos corps se balancent à gauche et inversement vers la droite. Ces mouvements mettent en jeu la vision. Edouard et moi nous bougeons mais les éléments de la salle, eux, ne se déplacent pas. Son regard me paraît fixe. Il ne semble pas parcourir de vue les éléments de la salle comme il le faisait au début de mon stage, mais s'attarder sur certains notamment la fenêtre vers laquelle il dirige très souvent son regard. Cette accroche visuelle lui permet-elle de fixer l'extérieur ? Au fur et à mesure des balancements, j'ai le sentiment que ses épaules se relâchent, que ses hanches se relâchent que tout son dos se décontracte. Ses bras pendent vers l'avant. Edouard me donne l'impression d'être une poupée de chiffon que je tiens entre mes mains et cela me gêne, me met mal à l'aise. Edouard est donc globalement en position d'enroulement. Je pose mon torse sur son buste pour qu'il sente la pression exercée sur son dos. Edouard tourne la tête vers la droite comme s'il cherchait à me regarder vers l'arrière. Je sens un petit repoussé dans son dos alors je me redresse et je pose mes mains sur son dos. La séance se termine par un modelage du dos dans l'objectif qu'il ressente au maximum le contraste de son dos « décrispé » avec celui tendu lorsqu'il se positionne en extension. La position d'enroulement lui a-t-elle permis de lâcher ses défenses toniques un court instant ?

La séance qui suivit fut l'occasion d'amener Edouard à expérimenter, dans son corps, les différences entre la position d'enroulement et de déploiement. Tout comme la séance précédente, je positionne Edouard en assis-tailleur contre mon buste. Edouard a la tête qui penche vers l'avant, je me décale alors vers l'arrière de manière à ce que sa tête soit droite, en appui contre mon corps. Au contact de mon torse, Edouard se met à pousser son dos et sa tête contre mon buste. Je résiste au départ pour qu'il sente du dur, la résistance de mon corps au contact du sien. Edouard pousse encore plus fort. Petit à petit,

mon corps s'allonge au gré de ses poussées. Nous sommes à présent allongés ensemble, Edouard étant au-dessus de moi, le haut du corps sur mon ventre. En le maintenant contre moi, je me redresse jusqu'à ce qu'il se retrouve en position d'enroulement. Edouard sourit, redresse sa tête en repoussant une nouvelle fois son dos contre moi. Ses mains, les poings fermés s'appuient contre le sol et le repoussent, il tente de se redresser. Mon corps accompagne le sien, je sens les variations toniques de son corps au contact du mien. Est-il dans une recherche d'axialité ou cherche-t-il à retrouver cette position d'hyperextension qui le sécurise ? Cherche-t-il, par ce repoussé du sol, à lutter contre le possible sentiment d'effondrement que je lui fais vivre ? J'accompagne Edouard dans ce redressement, je sens sa respiration qui s'accélère, les impulsions de ses bras qui repoussent le sol puis la poussée de son corps tout entier qui se redresse. Je tente de verbaliser, au vu de ce que je ressens dans mon corps, ce qui se passe pour lui, dans son corps, dans ses affects. Je lui indique combien ce déroulement semble lui demander de l'énergie et de la concentration mais aussi que c'est bien son corps qu'il instrumentalise de lui-même. Nous réalisons plusieurs fois cette alternance entre ouverture/ fermeture, enroulement/ déploiement au rythme d'Edouard bien sûr. L'enroulement fait sourire Edouard, il rira consécutivement deux fois alors que je ne l'avais jamais vu rire auparavant. En position de déploiement, Edouard lâche peu à peu ses tensions, il reste allongé contre moi, complètement hypotonique. Je dois initier le mouvement pour qu'il cherche à s'enrouler. Dans la posture d'enroulement, Edouard semble chercher du regard ce qui l'entoure. Il tourne la tête vers l'arrière comme pour questionner ce qui se passe dans son dos. Cette position lui permet-elle de modifier son regard en favorisant l'exploration et l'échange ?

La fois d'après, j'installe Edouard en assis-tailleur perpendiculairement à moi de manière à l'observer plus attentivement. Tout comme la fois précédente, Edouard influe les mouvements de déroulement. Les expériences précédentes ont-elles fait trace pour lui ? Ont-elles pu être intégrées ? En le soutenant par l'accompagnement de mes mains, de mes bras contre son dos, je l'aide de nouveau à se regrouper, puis se déployer. En position d'enroulement, Edouard me donne l'impression qu'il va tomber mais son tonus axial l'aide à tenir. Edouard se tient, il peut se tenir seul dans cette posture. Aussi, je remarque que lorsqu'il se déroule, Edouard semble observer avec attention ma bouche qui lui parle. Son regard fixe ma bouche alors qu'il pousse sur mon bras. Edouard se met alors à gazouiller en faisant des sons « Aaaah » et « Oooh » comme s'il cherchait à répondre en mimétisme à ce que je lui disais. Cette position d'enroulement lui a-t-elle permis, par un mouvement de

« ramener à soi » de se centrer sur sa sphère orale et de commencer brièvement à l'investir comme le soulignait A. BULLIGER ?

Ce contact corporel, cette contenance semble permettre à Edouard d'être plus présent en séances et de partager, ensemble, des moments d'échange où, petit à petit, par un apprivoisement mutuel de l'un l'autre, nous parvenons à nous accorder. Si, parfois, je me suis sentie mal à l'aise d'être dans cette position maternante, je me suis aperçue que c'est ce qui a permis de créer un lien avec Edouard, de partager des moments communs, d'interagir avec lui. Peut-être est-ce justement dans ce positionnement là qu'Edouard allait me chercher, lui, dont le développement corporel et psychique ont été entravé suite à l'apparition, à l'âge de 3 mois, du syndrome de WEST lui conférant un sentiment de discontinuité d'existence... Nous sommes deux corps, deux sujets, deux êtres, l'un à la motricité limitée, l'autre non, et pourtant, par un travail d'écoute et d'attention mutuels, nous avons réussi à nous accorder. Pourquoi ? Comment ? Peut-être que mes bras qui l'entourent, ma voix qui l'enveloppe, mes yeux qui le regardent lui ont permis, un court instant de lâcher ses défenses toniques pour s'ouvrir à son environnement afin de s'ajuster et partager un moment commun, des « *moments de rencontre particuliers* ». ⁹ Peut-être que le portage, la contenance de mes bras et ma voix lui ont permis de se sentir exister, de lui prêter une enveloppe sécurisante, venant pallier à la défaillance de sa propre enveloppe, de sa sécurité interne.

B. BETTELHEIM qui a beaucoup travaillé dans la clinique auprès d'enfants autistes a dit que ces enfants existaient dans la non-existence. Je crois que c'est un peu le sentiment que j'ai eu, au début, pour Edouard. De par sa non-existence, son absence de capacité de communication, je me suis intéressée à lui, il a commencé à exister pour moi. Mon regard a pu se poser sur lui, lui, dont j'avais le sentiment qu'il ne me voyait pas et ne m'entendais pas. Au fur et à mesure des séances, mon regard a changé à son égard : lui qui me faisait un peu peur au début, m'a intriguée. Lui, que je sentais vide, inhabité presque, a pu me montrer de la vie, par ses sourires, ses rires, ses regards, une existence... Lui, que je voyais comme un « grand bébé » et que je percevais à présent comme un petit garçon. Lui, qui m'a fait douter, me sentir inutile, démunie, m'a montré combien il est nécessaire de mettre en mots, de s'interroger, de prendre du recul pour comprendre ce qui se déroule dans cette « absence de... ». Peut-être était-ce sa manière à lui, finalement, de me faire vivre ce qu'il vivait, à l'intérieur comme à l'extérieur.

⁹ STERN D. (1997), *Le processus de changement thérapeutique* dans Naissance et développement de la vie psychique, ERES, p 41.

5) Pour conclure

Il me semble que le cas d'Edouard montre à quel point les personnes polyhandicapées peuvent être entravées dans leur corporéité et combien nous pouvons nous sentir démunis, au premier abord, à leur contact. Je tiens à préciser que j'ai choisi de limiter les situations cliniques aux moments où les temps de partage me semblaient possibles. Il y a eu des séances où Edouard n'était pas présent avec nous, avec moi, car il multipliait les crises d'épilepsie, les possibilités d'interagir avec lui en était amoindries.

Pourtant, au fil du temps, les crises devenaient moins présentes en séance. Etait-ce en lien avec l'attention grandissante d'Edouard en séances sur lui, sur son corps ? Etait-ce un phénomène « d'habituation » de ma part ? Le contact corporel, les sons, le portage, les propositions de rassemblement ont permis, à mon sens, les moments de rencontre et de partage avec Edouard. J'ai bien conscience que l'évolution d'Edouard n'est pas forcément flagrante mais j'ai trouvé qu'au fur et à mesure des séances, celui-ci a pu se montrer plus actif, jusqu'à entrer en relation et s'accorder. Il a ainsi pu s'abandonner dans mes bras, abandonner ses auto-agrippements pour enfin me regarder et devenir acteur dans l'échange.

Je ne réduis pas les moments passés avec Edouard aux situations d'accordage qu'ensemble, nous avons pu partager mais ce sont ces notions sur lesquelles j'axerai mes réflexions et questionnements dans les parties suivantes, en tentant d'approcher ce qui a pu se passer pour lui et pour moi dans ces moments de partage et d'interaction.

Partie théorique

L'ENFANT ET SON ENVIRONNEMENT

« *Un bébé, ça n'existe pas* »¹⁰, Donald WINNICOTT débutait souvent ses conférences par cette affirmation, devenue célèbre et plus connue sous la formulation « un bébé tout seul, ça n'existe pas ». Seul, sans un environnement contenant, porteur et soutenant, un bébé ne peut pas vivre. Toutefois, dès la naissance, le nourrisson est doué de compétences innées lui permettant de communiquer avec son environnement et d'interagir avec lui. Le bébé se développe donc dans un milieu qui agit sur lui mais sur lequel il agit en retour. J'axerai mes propos principalement sur l'interaction mère-bébé tout en sachant que la présence du père est primordiale dans les interactions précoces.

1) Les compétences du nouveau-né

POMERLEAU et MALCUIT ont défini la compétence, ils parlent de compétence de base. « *La compétence de base est entendue comme l'ensemble des comportements (actions et réactions) que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y prêtent* »¹¹.

Le bébé a longtemps été considéré comme « un tube digestif », un être sans aucune compétence, sans aucun réflexe, dénué de sensations, de sentiments. C'est à partir du XIXème siècle qu'il va être perçu non plus comme un être passif mais comme un être doté de compétences très riches dès sa naissance, et même in utéro. Ces compétences lui permettent d'entrer en relation avec ses parents et son entourage. Le bébé va devenir acteur des soins qu'on lui prodigue, il va influencer sur les comportements et réactions de ses parents. Ceux-ci vont faire la découverte des compétences de leur enfant ce qui va favoriser la mise en place des interactions.

○ Les capacités sensorielles

Bien que l'immaturation neuro-motrice de l'enfant le rende très dépendant de son environnement, il possède déjà de nombreuses capacités sensorielles fonctionnelles dès la vie intra-utérine. Cet équipement, bien qu'inachevé, est déjà assez performant. Il lui permet

¹⁰ WINNICOTT D. W., (1997), *La mère suffisamment bonne*, Petite Bibliothèque Payot, p. 20.

¹¹ ALBARET J-M, SCIALOM P., GIROMINI F. (2011), *Manuel d'enseignement de Psychomotricité tome 1*, De Boeck, p. 91

de recevoir les stimuli du monde extérieur et particulièrement ceux de sa mère qui le regarde, lui parle, le caresse, lui offre, par un contact tactile, sa chaleur et son odeur. C'est dans un bain de sensorialité que le nourrisson apprendra à discriminer ses sensations. Au fur et à mesure de ses expériences, le nourrisson va pouvoir affiner ses compétences en lien avec la maturation de son système nerveux et le développement de ses compétences psychoaffectives.

Il y a chez le bébé immature, une chronologie des acquisitions : le bébé a besoin de regarder, d'écouter, d'être porté, senti et touché par son environnement. Il est donc d'abord centré sur ses sensations et ce n'est que petit à petit que son environnement extérieur prendra sens pour lui.

- La vision

Chez le nouveau-né, la vision est immature : bien que la vision binoculaire soit fonctionnelle à la naissance, il n'y a pas d'accommodation. Son acuité visuelle est donc très faible (environ 60 fois plus faible que celle de l'adulte). Le bébé est en capacité, à la naissance, de suivre du regard un objet de couleur vive à 20 cm de distance. La fixation et la poursuite oculaire saccadée existent donc dès la naissance mais sont fonction de la qualité du stimulus. Le bébé va s'intéresser surtout aux contrastes : les détails fins ne sont pas perçus.

Cependant, le bébé a la capacité de regarder les visages à une distance très proche. Il cherche parfois à capter le regard surtout celui de sa mère qui aura une importance particulière dans la mise en place des premiers liens. « *Dès les premières minutes de sa vie, le nouveau-né cherche un regard. Il pose ses yeux grands ouverts sur ceux de l'adulte et l'interroge [...] La pureté limpide du regard d'un bébé attire celui de l'adulte littéralement fasciné par cette quête d'humanité, il s'y plonge et s'empresse de lui transmettre ses premières impressions* »¹². Ce regard du bébé dès la période néonatale peut être une manière d'amplifier le lien affectif avec sa mère. Tous deux se cherchent, se questionnent, s'interrogent mutuellement par le regard. Ils cherchent, par ce premier regard, à se connaître. Nous savons d'ailleurs que le bébé regarde préférentiellement les visages humains.

¹² MARCELLI D. (2006), *Les yeux dans les yeux*, Albin Michel, p 15.

- L'audition

A la différence de la vision qui est peu stimulée avant la naissance, d'autres sens sont fonctionnels in utéro, c'est le cas de l'audition. Des études ont affirmé avec certitude que le fœtus entend. Il est capable de réagir significativement aux stimulations auditives externes par des mouvements actifs et des variations de son rythme cardiaque. A la naissance, l'organisation auditive est proche de celle d'un adulte, le nourrisson reconnaît et réagit à la voix de ses parents et en particulier à celle de sa mère. Ces voix, de même que certains sons ou certaines mélodies familières sont rassurantes et apaisantes pour lui.

Le bébé va rapidement être capable de discriminer les stimuli sonores et notamment ceux de la voix humaine qui peuvent déclencher des sourires chez l'enfant. De même, le bébé est capable de différencier un ton positif d'un ton négatif, et interprète ces changements d'intonation, ce qui lui permet de percevoir l'état affectif de son entourage.

- Le toucher

La peau est le premier organe des sens à se mettre en place in utéro. Dès la 7^{ème} semaine, les premiers récepteurs tactiles apparaissent. A 20 semaines d'aménorrhée, toute la surface cutanée est recouverte de récepteurs tactiles, elle est sensible. C'est un sens développé et stimulé très tôt, in utéro. Durant la grossesse, la peau de l'enfant, dotée de nombreux capteurs, fournit, grâce au liquide amniotique dans lequel l'enfant est baigné, le premier sentiment de contenance. En effet, au fur et à mesure que le bébé se développe dans la cavité utérine, celle-ci se rétrécit. Elle offre un contact-dos au bébé qui va lui permettre de se sentir rassemblé, centré sur lui-même. *« Les parois de l'utérus épousent cette courbure offrant au dos de l'enfant un objet-support contre lequel il est en contact direct. Position fœtale caractéristique et contact-dos dont nous gardons une trace, mémoire corporelle d'un bien-être que nous pouvons rechercher plus tard, et plus encore lorsque nous sommes fragilisés physiquement et/ou psychiquement »*¹³.

La naissance est un véritable traumatisme pour le nouveau-né. Pour le bébé, c'est le passage brutal du milieu aquatique dans lequel il vient de passer 9 mois, seul état qu'il ait connu jusqu'ici, au milieu aérien. Il découvre pour la première fois des perceptions nouvelles : le froid, le chaud, la faim, le fait de respirer...Habitué à être blotti, il va

¹³ BRUCHON M. (2004), Quand elle me prend dans ses bras...ou la fonction de contenance en thérapie psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°138, p 10.

s'éprouver dans le vide au contact de l'air qui n'a pas la fonction contenante, enveloppante, sécurisante du liquide amniotique.

Après la naissance, il existe une période d'éveil du bébé qui dure 1 à 2 heures au cours de laquelle il est important de pouvoir laisser la place aux premiers échanges entre la mère et son enfant. Grâce au peau à peau, la rupture est moins violente. L'oreille, collée sur la poitrine de sa mère, le nouveau-né retrouve les battements du cœur, le son de la voix de sa mère qui l'a bercé durant 9 mois, des goûts et des odeurs qui lui sont familières. Le nourrisson va être dans une conduite exploratoire, de recherche, en reniflant l'odeur maternelle ce qui va l'apaiser puisqu'il va retrouver la signature olfactive et personnelle de celle-ci. Didier ANZIEU insiste sur l'importance du toucher et de la peau : « *La surface de l'ensemble de son corps et de celui de sa mère fait l'objet, chez le bébé, d'expériences aussi importantes, pour leurs qualités émotionnelles, pour leur stimulation de la confiance, du plaisir et de la pensée* »¹⁴. La qualité de cette première rencontre aura une incidence sur la mise en place des interactions mère-enfant.

Pour la mère, la rencontre avec le bébé constitue une expérience singulière et bouleversante : rencontre entre ce qui est tellement soi et entre ce qui est tellement autre et différent. Cette rencontre confronte au vécu de la dépendance totale du bébé vis-à-vis du parent. Cette découverte est brutale. Le monde de la mère bascule, elle devient celle dont toute la vie du bébé dépend.

La naissance a donc un effet de discontinuité sur l'enfant, qui a besoin d'être contenu par le toucher et le portage de ses parents. Le contact physique est un moyen privilégié de communication, de rencontre entre la mère et son enfant.

- Le goût et l'ouïe

Le nez et les narines sont formés dès 7 à 9 semaines d'aménorrhée. A la naissance, tout le système gustatif est fonctionnel. La saveur du liquide amniotique varie en fonction de l'alimentation de la mère, le fœtus commence donc, in utero, à discriminer les saveurs. Ainsi, très précocement, le nouveau-né manifeste la perception des saveurs acides, sucrée, salé et amer dont il témoigne son plaisir ou son déplaisir par des mimiques. Le goût du lait de la mère varie à chaque tétée pour l'enfant nourri au sein, selon les aliments absorbés par la mère. Le bébé a donc très tôt la capacité de discriminer les saveurs gustatives.

¹⁴ ANZIEU D. (1995), *Le Moi-Peau*, Dunod, p50.

Pour ce qui est des capacités olfactives, dès l'âge de deux jours, le nouveau-né est en capacité de reconnaître l'odeur de sa mère. Des expériences faites sur les nouveau-nés ont démontré que le bébé montre non seulement des capacités olfactives dès la naissance mais aussi des capacités discriminatives élaborées. « *Des expériences faites auprès de nouveau-nés à qui l'on mettait d'un côté de leur nez un tampon imprégné de l'odeur du sein maternel, de l'autre côté celui portant l'odeur du sein d'une autre mère, révélaient que les nourrissons se tournaient vers l'odeur de leur mère* »¹⁵. Cette capacité à différencier l'odeur de sa mère facilite la recherche et la prise du sein maternel.

○ Les capacités motrices

L'enfant, à la naissance est un être doué de compétences sensorielles mais c'est aussi un être en mouvement doté de compétences motrices présentes dès son arrivée au monde. « *Les écoles de Brazelton (1971), de Grenier (1980) ou encore de Le Metayer (1993), démontrent magnifiquement les compétences motrices immédiates dont est doté dès la naissance le nourrisson [...] des aptitudes motrices innées non appelées à disparaître contrairement à la motricité primaire* »¹⁶. Ce que Brunon COLOMBIE appelle la motricité primaire sont les mouvements bilatéraux, incontrôlables, ne répondant à aucun but concret qui paraissent indépendants de toute stimulation. Ce sont les mouvements dits « réflexes ».

• Motricité réflexe

La myélinisation du système nerveux étant inachevée, la motricité du nouveau-né reste immature. Il réagit aux stimulations par des mouvements qu'il ne peut contrôler, mouvements dits réflexes archaïques. Bien qu'ils paraissent incohérents, ces réflexes sont importants : ce sont les premières réponses à des stimuli de l'environnement.

La présence de ces réflexes est le signe que le système nerveux du nouveau-né est normal. Leur disparition ou leur évolution témoignera d'une bonne maturation du système nerveux de l'enfant. Je citerai ci-dessous les principaux réflexes tendant à évoluer ou disparaître :

- Le réflexe de grasping est un réflexe primitif de préhension déclenché par stimulation de la paume du nouveau-né. Lorsqu'on stimule la paume de la main du nouveau-né avec un objet, celui-ci ferme très solidement les doigts sur cet objet ce qui crée

¹⁵ LACOMBE J. (2012) *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans approche théorique et activités corporelles*, De Boeck, p 16.

¹⁶ COLOMBIE B. (1999), *Prise en charge psychomotrice de l'enfant infirme moteur d'origine cérébrale de 0 à 3 ans, évolution psychomotrice*, vol 11, n°45, p.132.

une diffusion tonique jusqu'au cou. L'enfant, maintenant sa prise, peut être soulevé par une traction lente vers le haut.

- Le réflexe d'allongement croisé : il s'agit d'une flexion, extension puis adduction de la jambe controlatérale au pied stimulé

- Le réflexe de Moro : en réponse à un bruit fort et inattendu, abduction et extension des bras puis retour en adduction et flexion avec cris.

- Le réflexe de la marche automatique : en position debout, maintenu, le bébé ébauche un mouvement des jambes qui rappelle la marche mais sans équilibration.

- Le réflexe de succion déclenché par la stimulation des lèvres.

Ces reflexes vont disparaître entre les un mois et demi et les trois mois du bébé.

- Motricité libérée

Il est possible d'observer des capacités motrices supérieures aux mouvements réflexes chez le nourrisson moyennant certaines conditions particulières. C'est ce que A. Grenier appelle la motricité libérée. Dans certaines de ses observations, des bébés de quelques semaines se sont montrés capable d'intention motrice en présence d'un objet en tentant de se saisir de celui-ci. Les gestes du bébé, non « parasités » par des mouvements incohérents, sont précis. Toutefois, A. Grenier précise que ces mouvements ne peuvent apparaître que dans des conditions optimales en lien avec un niveau d'éveil du bébé particulièrement intense. Ainsi, l'enfant en situation de motricité libérée se montre capable d'interagir avec son entourage familial. Il fait des vocalises, des sourires, des mouvements de lèvres et de langue. Les parents découvrent la recherche de communication de l'enfant qui induit les interactions et la mise en place de l'attachement.

Ainsi, en fonction de son état de vigilance, les capacités sensorielles et motrices du nouveau-né lui permettent d'être actif dans l'interaction. Toutefois, il existe une grande variabilité individuelle et interindividuelle dans cette recherche de contact. Les parents, eux aussi sont doués de compétences, nécessaires à la construction de leur enfant. Je ne développerai que les compétences maternelles.

2) Les compétences maternelles

A la naissance de l'enfant, les parents vont accéder à la parentalité. Etre parent est une aventure riche en rebondissements qui nécessite de nombreux réaménagements

psychiques et affectifs, car être parent cela ne va pas de soi. Dès l'arrivée au monde de l'enfant, les parents vont découvrir un petit être qu'ils ne connaissent pas. Ils vont devoir apprendre à connaître leur bébé, à découvrir ses capacités, car le nourrisson, bien qu'il soit doté de compétences innées, reste un être immature qui a tout à apprendre de lui. T. BRAZELTON disait à ce propos que « *pour pouvoir comprendre en quoi consiste le travail de maternage de l'enfant, les parents doivent être d'abord capable de comprendre cet enfant et l'extraordinaire potentiel dont il est doté quand il vient au monde* »¹⁷. Le bébé est dépendant de son environnement. Il a besoin de ses parents pour se développer et interagir avec ce monde qu'il ne connaît pas encore.

La mère en particulier joue un rôle essentiel dans le développement de son enfant. De par sa présence, ses actions, elle va contribuer à son développement physique, psychique, affectif et social. Dès la grossesse déjà, elle le ressent, lui parle, l'imagine, le rêve, se projette dans un futur où son bébé serait présent à ses côtés bien portant et en bonne santé. C'est lors de l'accouchement que le premier contact entre la mère et son enfant a lieu. La mère va développer un état de vigilance lié à une certaine anxiété par rapport à son bébé. Elle entend et ressent son bébé, sait trouver les mots, les paroles et les gestes qui calment. « *L'anxiété est un état normal de disponibilité sensorielle, affective et émotionnelle dans lequel se trouve la femme après son accouchement [...] qui permet à la mère d'être très réceptive aux états émotionnels de son bébé* »¹⁸. L'anxiété fait partie des compétences maternelles. Elle prévient les éventuelles situations douloureuses pour le bébé. La mère protège son bébé. Elle va lui donner confiance en l'adulte afin qu'il puisse à son tour acquérir plus tard une confiance en lui-même.

La mère, dès l'accouchement, est totalement « dévouée » à son enfant. Elle capte les signaux de son bébé qu'elle sera à même de décoder et d'interpréter justement. Elle va développer une hypersensibilité lui permettant d'utiliser toute les ressources de son empathie pour s'ajuster aux besoins de l'enfant, tant physiques que psychiques. Face à cette tâche essentielle, elle déplace son propre intérêt au profit de celui du bébé. La relation mère-bébé devient exclusive. Cet état admet une organisation psychique particulière que Donald Winnicott appelle « préoccupation maternelle primaire », état entre « *repli,*

¹⁷ BRAZELTON T. Berry, (1983), *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*, ed Stock, p196.

¹⁸ ROBERT-OUVRAY S. (1996), *L'enfant tonique et sa mère*, Hommes et Perspectives, p78.

dissociation, fugue »¹⁹ à la limite de la maladie. Le bébé va se vivre dans un « premier éprouvé d'être » nécessaire à sa construction. Puis, la mère va se remettre en réinvestissant d'autres objets, l'enfant l'en délivrant grâce à ses capacités de représentation grandissante.

Le nouveau-né n'est pas en capacité de se représenter ce qu'il se passe dans son corps. C'est l'environnement qui va interpréter et penser pour lui. Face aux expériences sensorielles, émotionnelles qu'il ne peut comprendre, le bébé va alors éprouver la nécessité de décharger à l'extérieur ses tensions somatiques comme la faim par exemple, ses vécus d'angoisse qui le déborde. Par les cris, les pleurs, les tensions corporelles, le bébé va adresser à sa mère un message d'inconfort. La mère va alors accueillir les angoisses du bébé, les lui restituer en leur donnant du sens. Elle va donc adapter ses réponses aux besoins physiques et psychiques du bébé. C'est ce que W. Bion appelle la capacité de rêverie maternelle : la mère accueille et s'identifie aux manifestations du bébé, les détoxique en les interprétant et les lui restitue sous forme d'éléments « alpha » assimilables. Elle joue donc un rôle de contenant psychique, transformant les éléments bruts projetés en éléments intelligibles pour le bébé. Par la répétition de ces expériences, celui-ci va pouvoir lui-même interpréter ce qu'il vit, lier ces éléments entre eux et intégrer cette compétence. L'enfant va alors construire son appareil à penser. Ces expériences, suffisamment répétées, vont contribuer à l'émergence d'un sentiment de base de l'identité. Ainsi, l'adaptation suffisamment bonne de l'environnement maternel est une condition indispensable pour que l'enfant fasse l'expérience de ses premiers éprouvés d'être au monde.

Ainsi, de par ses compétences, ses affects et sa capacité d'interprétation, la mère crée un climat propice aux interactions précoces entre elle et son bébé ainsi qu'à l'intégration des expériences psychomotrices du nourrisson.

3) Les interactions précoces anténatales et néonatales

Qu'est-ce que l'interaction ?

L'interaction, terme communément employé dans la langue française, désigne «*l'influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes avec les notions de*

¹⁹ Op. cit. p.40.

réciprocité et d'interdépendance ». ²⁰ Une interaction est donc un moment d'échange bidirectionnel où le bébé est non seulement soumis aux influences de ses parents mais où il est également responsable de modifications chez eux. Il n'est donc pas seulement un récepteur mais un partenaire actif de l'interaction. La plupart du temps, on parle d'interaction entre la mère et le bébé, cette dernière étant le partenaire privilégié de l'enfant. Il ne faut cependant pas omettre que le bébé va se construire physiquement, psychiquement, émotionnellement et socialement grâce à l'influence de toutes les personnes qui l'entourent y compris son père.

Différents auteurs se sont penchés sur les interactions précoces parent-enfants. Ils ont défini 3 niveaux d'interactions : comportementales, affectives et fantasmatisques. Je me propose de les explorer plus précisément.

- Les interactions comportementales

Aussi appelées interactions réelles, elles sont l'ensemble des échanges directement observables entre la mère et le bébé que l'on peut décrire selon 3 registres principaux : corporel, visuel et vocal.

- Les interactions corporelles : dialogue tonique et contact peau à peau

H. Wallon, dès la fin des années 40, mettait en évidence le lien entre tonus et émotion et soulignait son importance dans les interactions précoces en parlant d'une relation tonico-affective. Julian de AJURIAGUERRA reprend cette notion et met en évidence la fonction du tonus dans les relations inter-humaines. « *L'enfant, dès sa naissance s'exprime par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces ou gesticulations où parle tout le corps. Il réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend.* » ²¹. Il décrit comment l'être humain peut parler au travers de son corps et comment, même quand il se tait, il parle à l'autre, créant ainsi une communication appelé le dialogue tonique. Celui-ci est le mode de communication principal au début de la vie

²⁰ Le Petit Robert de la Langue Française

²¹ AJURIAGUERRA J., L'organisation psychomotrice et ses troubles, in J. DE AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité vol 2, Paris, Papyrus, 2009, P 238

entre une mère et son enfant. L'enfant va réagir aux stimulations internes et externes via sa tonicité. La mère va interpréter ces variations en ajustant son propre tonus. Ainsi, l'état tonique de la mère va refléter celui du bébé ce qui permettra à ce dernier de s'approprier son corps. Julian de AJURIAGUERRA disait à ce sujet « *cette notion correspond au processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ; l'enfant tenu par la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec les postures maternelles ; par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent.* »²² Le bébé va exprimer quelque chose à sa mère qui va lui apporter une réponse en y donnant du sens. J. de AJURIAGUERRA parle d'ailleurs d'hypertonie d'appel et d'hypotonie de soulagement.

Suzanne ROBERT-OUVRAY, elle, parle d'ajustement tonico-affectif comme « *un accordage pratiquement inconscient entre les signaux moteurs et émotionnels du bébé et ceux de la mère chargés d'affects liés à son histoire* »²³. Par un aller-retour entre les variations toniques de la mère et celles du bébé, l'enfant va commencer à se saisir des différences toniques qu'il ressent et découvrir comment il peut interagir en appui sur celles-ci.

Le dialogue tonique se caractérise donc par l'ensemble des échanges entre la mère et son enfant. Les deux partenaires s'ajustent corporellement l'un à l'autre. Le dialogue tonico-émotionnel est donc intimement lié au contact peau à peau et à la notion de Holding développée par D. W. WINNICOTT.

Holding

Le terme de « holding » se définit par « le maintien ». C'est la manière dont le bébé va être tenu, porté par la mère aussi bien physiquement que psychiquement durant la période de dépendance du bébé vis-à-vis de son environnement. Il évoluera en fonction du développement et des besoins de l'enfant.

Le holding concerne l'ensemble des soins maternels prodigués à l'enfant dans son quotidien en terme de contenance. Soutenu, contenu, le bébé va se sentir unifié dans son

²² DE AJURIAGUERRA J. (1985), *Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication*, Enfance n°2 p.272

²³ Op. cit. p101.

corps : un sentiment de solidité, d'unité va lui être offert. Cette notion est centrale car elle aboutit au sentiment d'existence de l'enfant comme premier sentiment de soi à condition que la mère lui assure une continuité, une sécurité affective suffisante tant physiologique que psychique.

Le Moi-Peau

Les premiers échanges corporels, les premiers peau à peau sont déterminants dans la construction psychomotrice de l'enfant. Tout ce qui se joue au niveau corporel entre la mère et le bébé va laisser une trace chez ce dernier. Cette inscription va participer au premier sentiment d'enveloppe. Il s'agit de la création d'une première peau psychique que D. ANZIEU nomme le Moi-Peau. Le Moi-peau est « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.* »²⁴. Le Moi-peau se construit dans les interactions précoces entre la mère et son enfant. Par ses caresses, son regard, la façon dont elle touche, porte son enfant, la mère va permettre au bébé de prendre peu à peu conscience de son enveloppe corporelle, de ses limites. L'enfant va alors se sentir contenu, unifié dans son corps. Et, grâce à la répétition de ces expériences de rassemblement, l'enfant va pouvoir intégrer son corps comme un contenant. Il va considérer sa peau comme « une surface » entre le dedans et le dehors. Pour D. ANZIEU, la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, délimiter, mettre en surface, d'inscrire. Les contacts entre la mère et son bébé permettent la naissance de la vie psychique de l'enfant.

D. ANZIEU nous montre donc que tout s'organise autour de la sensation, des échanges tactiles entre la mère et son bébé. Il reconnaît neuf fonctions au Moi-Peau. 3 d'entre elles me semblent plus pertinentes au vue de mon sujet, j'aborderai donc uniquement celles-ci.

✓ La fonction de maintenance du psychisme

Proche du Holding de D. W. WINNICOTT, cette fonction donne au psychisme une sensation de solidité et d'unité en lien avec le maintien du corps du bébé par la mère. On peut l'envisager comme le maintien du corps en lien avec le squelette donc comme un objet-support auquel l'enfant se tient.

²⁴Op. cit. p 61.

✓ La fonction de contenance du psychisme

Cette fonction est liée au handling maternel. Elle correspondrait à une peau-sac, marquant la limite entre le dedans et le dehors. De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-Peau envelopperait tout l'appareil psychique. Il représenterait donc « l'écorce » entourant le noyau pulsionnel. Cette complémentarité entre le noyau et l'écorce est indispensable au sentiment de continuité d'existence.

✓ La fonction de pare-excitation du psychisme

Elle protège des agressions et des stimuli du monde externe que D. ANZIEU nomme pare-excitation. Elle a pour rôle de se défendre contre l'effraction endogène et exogène. C'est tout d'abord la mère qui va assurer le rôle de pare-excitation auxiliaire en protégeant son enfant contre les agressions physiques et les excès de stimulation. L'enfant assumera lui-même cette fonction quand l'étayage de sa peau sera suffisant.

Ainsi, l'étayage d'un contenant externe corporel va permettre à l'enfant de se constituer une sécurité de base nécessaire à son sentiment de continuité d'existence.

• Les interactions visuelles

« Les êtres humains sont capables de se regarder les uns les autres, de croiser assez longtemps leurs regards et de s'interroger des yeux sans même se parler. Chercher le regard de l'autre, quêter son approbation ou ses encouragements, se sourire et partager ainsi une émotion, tous ces échanges tissent le quotidien de notre vie ; ils semblent même aussi indispensable à notre bien-être que l'oxygène de l'air à nos poumons..»²⁵dit C. MARCELLI.

Le regard représente un des modes de communication privilégiés entre le nourrisson et sa mère dès les premières semaines de vie. Ce regard mutuel a une importance majeure. Ces premiers moments où le bébé regarde sa mère contribuent pour elle à faire disparaître le caractère étranger de son enfant, à se sentir exister et inversement, la fonction miroir du regard de la mère lui permet d'avoir une première image de lui-même unifié. *« Que voit un bébé quand il tourne son regard vers le visage de sa mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le*

²⁵ MARCELLI D. (2006), *Les yeux dans les yeux*, Albin Michel, p 15.

bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit »²⁶. Ainsi, l'enfant se voit lui-même dans les yeux de sa mère, son physique, ses propres émotions mais également les sentiments de celle-ci à son égard. La mère va donc offrir un miroir corporel et un miroir affectif à son enfant contribuant au lien d'attachement.

- Les interactions vocales

Les interactions vocales permettent également la communication et traduisent les besoins et affects du bébé en lui permettant d'exprimer ses désirs. Par les cris et les pleurs, le bébé s'exprime, c'est son premier langage. Les cris sont considérés comme un véritable signal « d'urgence » pour les parents qui les poussent à agir et mettre un terme à l'état de détresse de leur enfant.

Philippe MAZET affirme que « *dans la perspective de la théorie de l'attachement, les cris apparaissent comme un signal suscitant la proximité de la mère et du bébé ; or cette proximité, cette réduction de la distance, constituent un critère essentiel permettant de définir d'une manière opérationnelle et mesurable l'attachement mère-nourrisson. On a ainsi pu comparer les cris à un cordon ombilical acoustique* »²⁷. En effet, en répondant aux sollicitations sonores du bébé, la mère s'occupe de son enfant, elle inter-agit avec lui, lui parle, le porte physiquement et psychologiquement. « *Ces cris induisent chez les mères – qui cherchent d'ailleurs très tôt à les distinguer-, et avec des variantes dues à leur expérience et leur caractère, des réactions spécifiques, visant à obtenir l'arrêt du cri. Or la plus efficace des manœuvres d'extinction est la voix maternelle [...] le faux cri de détresse (du nourrisson) pour attirer l'attention [...] est la première émission sonore intentionnelle, autrement dit la première communication* »²⁸. La mère va donc répondre aux cris de son bébé, un dialogue phonique s'installe alors, espace partagé et insaisissable d'échanges sonores.

L'enveloppe sonore

Didier ANZIEU montre l'existence d'un miroir sonore, sorte de peau auditive qui a sa fonction dans l'appareil psychique du bébé. Le miroir sonore débute dès la période

²⁶ WINNICOTT D.W. (1971), *Jeu et réalité*, folio essais, p 205.

²⁷ MAZET P. STOLEUS S. (2003), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Développement et interactions précoces, les âges de la vie, p 109.

²⁸ Op. cit., 189.

intra-utérine. Le premier bruit qu'entend le fœtus : ce sont les battements cardiaques de la mère. On sait que le fœtus entend et y répond par des réactions cardiaques et motrices. De plus, les études confirment que la voix de la mère ressort du bruit de fond dans lequel le fœtus est plongé. Cette voix, l'enfant l'entend et la reconnaît grâce à la perception du rythme et de l'intonation. Seulement, plongé et contenu par la cavité utérine, le bébé n'a pas encore acquis les notions d'intérieur et d'extérieur.

D. ANZIEU écrit : « *Avant que le regard et le sourire de la mère qui allaite ne renvoient à l'enfant une image de lui qui lui soit visuellement perceptible et qu'il intériorise pour renforcer son Soi et ébaucher son Moi, Le bain mélodique (la voix de la mère, ses chansons, la musique qu'elle fait écouter) met à sa disposition un premier miroir sonore dont il use d'abord par ses cris (que la voix maternelle apaise en réponse), puis par son gazouillis, enfin par ses jeux d'articulation phonématique* »²⁹. Le premier cri du bébé, le cri primal, manifeste l'état de déplaisir, de douleur dans lequel le bébé est plongé à sa venue au monde. Dès le second cri, ce n'est plus comme avant, le bébé devient un être capable d'interagir avec les autres. Le bébé va dans un premier temps se nourrir des sons émis à la fois par la mère et par lui-même. Il va s'essayer de produire des sons seul qui seront auto-stimulant pour lui. Des sons de soi à soi et pour soi. Puis, son répertoire sonore va s'enrichir, des jeux localisés autour de la zone orales vont commencer à apparaître, le bébé va commencer à intégrer le lien entre sa bouche et les sons qu'il émet. Il va commencer à entrer dans un proto langage où les sons auront pour fonction de commencer à interagir avec son interlocuteur. Il va donc réguler ses émissions en fonction de la personne à qui il s'adresse.

L'enveloppe sonore est composée de sons à la fois émis par l'environnement mais aussi par le bébé à travers le babillage et les vocalisations, dans une alternance question-réponse entre la mère et le bébé. D. W. Winnicott signale bien le babillage comme faisant partie des phénomènes transitionnels « *Partant de cette définition, le gazouillis du nouveau-né, la manière dont l'enfant plus grand reprend, au moment de s'endormir son répertoire de chansons et de mélodies, tous ces comportements interviennent dans l'aire intermédiaire en tant que phénomènes transitionnels* »³⁰. Mais le bébé n'émettra des sons que si son environnement l'aura plongé dans un bain sonore « suffisamment bon ».

²⁹ Ibid, p. 194

³⁰ Op.cit. p. 29.

Au fur et à mesure des échanges vocaux entre la mère et le bébé, l'enfant, tout comme dans les variations toniques, va élaborer une différenciation entre les sons qu'il juge comme agréables et ceux qui ne le sont pas. Dans ces échanges, mère et bébé vont exprimer des sentiments. La mère va prêter des significations aux sons de l'enfant. Elle va y mettre du sens. La mère « suffisamment bonne » va introduire une aire d'illusion de communication, elle sera capable de décoder les messages du bébé afin de lui donner une réponse adéquate. Enfin, le langage va se développer, les premiers mots apparaîtront, les premières discussions...

○ **Les interactions affectives**

Les interactions affectives découlent de l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Pendant les 6 premiers mois de la vie du nourrisson, la mère et l'enfant sont dans une communication quasi-exclusive qui s'intéresse peu à l'environnement. Durant les premiers mois, le bébé exprime son état émotionnel selon deux modalités : la tension tonique pour signaler un état de détresse (hypertonie d'appel) et sa résolution tonique (hypotonie de soulagement) pour signaler son apaisement. Les modalités de communication utilisées lors des interactions comportementales sont en lien direct avec les interactions affectives, les premières servant de support aux secondes.

Les interactions affectives entre la mère et son bébé sont essentielles. On ne prend plus seulement en compte de manière objective les comportements des partenaires qui sont alors étudiés en tant qu'expression ou manifestation des affects. Le bébé s'exprime, témoigne son état à sa mère qui y répond par des paroles, des gestes, des mimiques... Un véritable accordage se crée entre la mère et l'enfant. Elle fait appel à ses capacités d'empathie pour percevoir l'état affectif de son bébé. En agissant ainsi, elle tend à communiquer ses émotions à ce dernier. Le bébé va éventuellement modifier sa réaction en fonction de la réponse maternelle affective apportée. La notion d'interaction affective fait donc référence à l'importance des affects dans la communication mère-bébé.

Dans ces interactions, on retrouve le phénomène d'accordage affectif ou d'harmonisation affective décrit par D. STERN dans lequel chaque partenaire reproduit les mêmes expressions affectives que l'autre, dans des modalités sensorielles différentes. Elles

se font de manière transmodales, les canaux sensoriels utilisés ne sont pas les mêmes par exemple, celui de la voix de la mère en réponse à la mimique de l'enfant. Philippe MAZET précise que « grâce au caractère transmodal de la réponse maternelle, le nourrisson peut comprendre que la réponse maternelle n'est pas une simple imitation de l'aspect manifeste de ses signaux à lui, mais qu'elle traduit qu'elle a perçu de manière empathique ce qu'il éprouvait. »³¹. L'harmonisation affective permet donc au bébé de découvrir qu'il existe une différence entre les réactions de sa mère et les siennes, les faisant accéder tous deux à la relation intersubjective.

L'ensemble des affects du bébé influent sur l'expression de ses besoins, et donc sur la réaction des parents et de manière plus générale sur la nature de l'interaction.

○ Les interactions fantasmatiques

Dans les interactions fantasmatiques, la mère et le bébé sont considérés comme « la manière dont les fantasmes des partenaires trouvent leur expression dans l'interaction et la manière dont les fantasmes de chaque partenaire répondent à –et modifient- ceux de l'autre »³². Les interactions fantasmatiques se définissent comme une influence réciproque de la vie psychique de la mère et de son bébé. Elles prennent en compte aussi bien les aspects imaginaires, conscients, que les aspects fantasmatiques, inconscients. L'enfant imaginaire est celui qui naît dans l'esprit de la mère lors de sa grossesse. Elle imagine « un enfant qu'elle donne à son conjoint ; elle espère un sexe ; elle a peur qu'il ne soit mal formé : elle le voit à l'échographie. »³³. L'enfant fantasmatique, lui, est considéré par S. LEOVICI, comme celui du désir de maternité et du désir d'enfant, celui que, petite fille, elle a inconsciemment désiré avoir avec son père dans la période œdipienne. L'enfant fantasmatique est celui des conflits infantiles refoulés de ses parents.

Le bébé semble aussi avoir une vie fantasmatique. Il s'agit de la capacité du bébé à halluciner des expériences antérieures de satisfaction, les transformer pour se les représenter. Il commence à intégrer l'absence de la mère qu'il hallucine dans cette capacité à se sentir continûment exister. L'activité fantasmatique du bébé permet l'émergence de sa vie psychique qui va se construire en partie à partir de celle de ses parents.

³¹ Ibid, p 118.

³² Ibid p119.

³³ STOLEUS S. LEOVICI S. (2004), *L'interaction parent nourrisson*, Nouveau traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige

4) La dynamique interactive temporelle mère-bébé

Les interactions corporelles, affectives et fantasmatiques sont étroitement liées les unes aux autres. Elles se définissent comme un ensemble de phénomènes dynamiques qui se déroule dans le temps. La dynamique temporelle, c'est-à-dire la façon dont les comportements interactifs se sont structurés au cours de leur déroulement, fait l'objet de nombreux travaux soulignant leur caractère cyclique ou rythmique. Le temps joue donc un rôle primordial dans la structuration des interactions mère bébé. Je me propose d'en distinguer trois axes : les cycles d'attention-retrait, la synchronie relationnelle et la réciprocité.

Un des aspects essentiels de la communication mère-bébé dans les interactions précoces sont les cycles d'attention-retrait. D. STERN a décrit la structure temporelle des interactions mère-nourrisson dans la situation dite de jeu libre, et en a distingué deux niveaux :

- Le niveau macroscopique. Il s'agit de l'alternance entre les phases d'engagement et de désengagement de l'interaction mère-bébé dans ces jeux.
- Le niveau microscopique, pour lequel il cite en exemple les comportements répétitifs de la mère à l'égard de l'enfant (vocalisations, mouvements, expressions faciales, etc).

Au sein des structures microscopiques, on a observé des cycles d'attention-retrait. Le retrait chez l'enfant est un système lui permettant d'éviter la surstimulation maternelle éventuelle. La mère, en respectant ces attitudes de retrait et d'éloignement du bébé, va permettre de maintenir un niveau d'interaction optimale où le bébé garde une part active dans la relation.

Une règle essentielle de l'interaction est la synchronie. Mère et bébé inter-agissent dans un véritable dialogue dans lequel un accordage temporel est nécessaire. Il s'agit pour la mère de trouver le niveau de stimulation qui correspondra à son enfant. Si celui-ci est trop fort, on observera une fuite du bébé, un évitement et si celui-ci est trop faible, le nourrisson va détourner son attention faute d'intérêt. Les stimuli sous-tendent donc différents paramètres : leur intensité, leur complexité et la vitesse de changement ou le degré de divergence avec un schème établi.

La réciprocité met l'accent sur le lien entre le comportement de la mère et celui du nourrisson. En effet, les expériences du « Still face » mettent en évidence la capacité du bébé à détecter les variations dans le comportement maternel et l'importance de la mère dans la qualité de l'interaction.

LE POLYHANDICAP ET SES CONSEQUENCES DANS LES RELATIONS PRECOCES

1) Généralités

○ Rappels historiques sur la notion de polyhandicap et définitions

Les débuts de l'histoire du polyhandicap, entendus comme l'entrée de la population polyhandicapée en tant que telle dans notre histoire collective, se situent au début des années 1960. C'est à cette époque que les pédiatres commencent à prendre conscience de l'absence de soins et de structures d'accueil pour les enfants appelés « encéphalopathes ». En 1965-1966, Stanislas TOMKIEWICZ et Elisabeth ZUCMAN sont les premiers à mettre à disposition plusieurs dizaines de lits pour l'accueil de ces enfants à l'hôpital de La Roche-Guyon.

Au début des années 70, le CESAP (Comité d'Etudes et de soins aux Arriérés Profonds / Aux Polyhandicapés) est créé. Il met en place des lieux de consultations, des structures d'aide à domicile, des établissements spécialisés, absents jusqu'alors. Le CESAP propose le terme de « polyhandicap grave congénital » et insiste sur l'importance des prises en charge pluridisciplinaires nécessaires à ces handicaps multiples.

En 1984, le CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicap et les Inadaptations) définit trois grands groupes de handicap associé :

1. Le polyhandicap définit comme un handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde
2. Le plurihandicap comme une association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles
3. Le surhandicap comme une surcharge de troubles du comportement sur un handicap grave préexistant.

L'annexe XXIV ter au décret n°89-798 du 27 octobre 1989, reprend et précise la définition de 1984 sur le polyhandicap comme suit : « *Le polyhandicap est un handicap grave à expression multiples associant 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. »

En décembre 2002, le Groupe Polyhandicap France (GPF) a adopté la définition suivante : « *Le polyhandicap est une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain* ». Et précise : « *Il s'agit là d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique. La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en œuvre de son projet de vie, le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles, l'ensemble concourant à l'exercice d'autonomies optimales* »³⁴.

○ **Etiologie du polyhandicap**

L'accident survient pendant la grossesse, à la naissance ou dans les premiers mois de vie du nourrisson, entraînant des lésions cérébrales graves, multiples et irréversibles. En cas d'accident plus tardif, nous parlerons de « situation de polyhandicap » bien que le tableau clinique du patient se rapproche de celui du polyhandicap.

Les causes du polyhandicap sont nombreuses et variées. Actuellement, les étiologies sont réparties de la manière suivante :

- 30 % de causes inconnues
- 15 % de causes périnatales (anoxie, hémorragie cérébrale, arrêt cardiaque, encéphalite, méningite..)
- 5 % de causes postnatales (traumatismes, complication de vaccin...)
- 50 % de causes prénatales (malformations, infections, Accident vasculaire cérébral prénatal...)

³⁴ <http://gpf.asso.fr/>

De nombreuses étiologies restent encore inconnues du fait de la complexité des phénomènes qui règlent le développement du système nerveux central. Ceci explique donc la difficulté de rattacher un cas donné de polyhandicap à une ou plusieurs causes. Les zones cérébrales atteintes diffèrent en fonction des personnes. Les tableaux cliniques des personnes polyhandicapées seront donc tous différents, autant dans la présentation des troubles que dans leur gravité.

2) Les principales déficiences et incapacités

○ La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle désigne l'arrêt, le ralentissement ou l'inachèvement du développement intellectuel, se manifestant par une présence simultanée d'un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne et d'un comportement adaptatif déficitaire (concerne le langage, la motricité et les performances vocales). Elle se définit à partir du calcul du quotient intellectuel. On parle de déficience pour un QI en dessous de 70. Toutefois, en raison des autres facettes déficitaires du polyhandicap, l'évaluation de la déficience intellectuelle en est complexifiée.

Elle entraîne pour la personne polyhandicapée des troubles de raisonnement, de mémorisation, des difficultés à se repérer dans l'espace et dans le temps et le plus souvent, une absence de langage ou un langage très rudimentaire. La communication se déroule donc souvent dans un registre infraverbal où le corps en est le principal médiateur.

○ La déficience motrice

Les personnes polyhandicapées présentent des troubles moteurs de gravité variable qui sont pratiquement constants. La déficience motrice entraîne une réduction des possibilités pour l'enfant d'agir sur son environnement. Ces actions concernent notamment la préhension et la locomotion de l'enfant.

On observe, par exemple, des troubles très importants de la régulation tonique. Ils auront des répercussions dans la gestion de la motricité, dans les postures, entravant les possibilités de déplacement de l'enfant polyhandicapé. Ce défaut de la régulation tonique

va entraîner chez certains enfants des difficultés pour instrumenter leur corps de manière fonctionnelle, réduisant ainsi l'exploration du monde environnant.

L'hypotonie ou à l'inverse l'hypertonie sont très fréquente et rendent difficiles l'ajustement tonique dans les portages entre la mère et le bébé. La spasticité est la forme la plus répandue chez les paralysés cérébraux. Elle se définit comme la contraction des muscles en dehors de toute activité volontaire. Les muscles, contractés, empêchent et limitent la motricité volontaire. Ces raideurs, possiblement douloureuses, vont être responsables de prise de postures inhabituelles chez les personnes polyhandicapées comme la position d'opisthotonos. Quoi qu'il en soit, ces troubles vont déformer le corps de l'enfant. Des atteintes secondaires de type scoliose, déformations des membres, contractions musculaires peuvent apparaître, ce qui va nécessiter la mise en place d'appareillages. Elles sont les conséquences du retentissement articulaire de la spasticité, de certaines positions vicieuses ou de stéréotypies motrices. Ces troubles vont limiter l'expérimentation sensitivo-motrice de l'enfant ce qui va réduire son développement cognitif. Or, chaque enfant, quand il apprend à se déplacer s'individualise : il explore son environnement, agit sur celui-ci, et développe de nouvelles conduites donc de nouveaux schèmes cognitifs.

Les troubles moteurs prépondérants risquent de masquer les capacités de l'enfant. Il faut donc explorer le plus précisément possible les fonctions sensorielles et cognitives de l'enfant.

- **Les troubles sensoriels**

Cela concerne surtout la vision et l'audition mais le toucher aussi peut s'en trouver affecté. Dans 40% des cas, la vision des personnes polyhandicapées est atteinte. Ces troubles résultent notamment de cataractes génétiques ou acquises, de malformations oculaires ou d'atteintes rétiniennes ou encore de myopie ou d'astigmatisme.

Les troubles de l'audition sont fréquents mais difficilement évaluables car leur évaluation suppose la compréhension de la personne pour être bien testés ce qui peut être difficile en cas de déficience intellectuelle importante.

Les troubles de la sensorialité tactile et de la sensorialité profonde sont fréquents mais encore très mal connus. Dans ce cas, les personnes peuvent présenter une hypoesthésie ou une hypersensibilité cutanée. Le toucher-contact pourra être perçu dans ce cas comme irritant et entraîner une réaction de retrait de la part de l'enfant.

Les troubles sensoriels sont importants car ils vont avoir des effets plus ou moins néfastes sur la perception que l'enfant polyhandicapé va avoir de son corps et de son environnement. La vision, l'audition, le toucher sont les premiers canaux par lesquels l'enfant va interagir avec sa mère. Ils tiennent donc une place importante dans les interactions précoces et leur déficit, même minime pourra entraver la mise en place de contacts relationnels.

- **L'épilepsie**

Elle atteindrait un enfant polyhandicapé sur deux et dans un cas sur 4 ou 5, elle serait difficile à équilibrer. Il peut s'agir d'absences, de crises myocloniques brèves, et parfois de véritables crises généralisées. La gravité de la crise n'est pas liée à l'intensité de ses manifestations mais à sa durée. Si une crise dure trop longtemps, elle peut aboutir à un état de mal épileptique responsable de lésions cérébrales irréversibles. Dans ce cas, un traitement hospitalier sera nécessaire.

Les manifestations de la crise épileptique généralisée mettent l'entourage de l'enfant dans une situation stressante, émotionnellement difficile qui paralyse ou entraîne des réactions plus ou moins adaptées de la part de l'environnement. Les parents peuvent se sentir désarmés dans une telle situation et délaisser complètement leur enfant. Certaines épilepsies particulières s'accompagnent d'une évolution psychomotrice péjorative. C'est le cas du syndrome de WEST. Ce syndrome, également appelé « syndrome des spasmes en flexion », est une forme d'épilepsie assez rare. Il peut être dû à une anomalie génétique ou une lésion cérébrale. Cette pathologie entraîne des spasmes musculaires très brefs, provoquant une flexion des membres et de la tête. L'évolution se fait par des crises évoluant sur plusieurs mois vers une diminution des acquisitions psychomotrices et une perte de contact avec l'extérieur.

L'épilepsie chez un enfant polyhandicapé est un mauvais pronostic car elle contribue à alourdir le handicap de l'enfant qui en est porteur et représente une lourde charge pour la famille. En se répétant, la succession des crises font vivre à l'enfant un vécu de discontinuité ce qui peut le conduire vers un repli sur soi et l'apparition de troubles de type autistiques.

- **Les autres troubles somatiques**

L'état de santé de la personne polyhandicapé est fragile. On retrouve fréquemment des problèmes respiratoires, des troubles alimentaires, des troubles digestifs et des problèmes orthopédiques.

L'insuffisance respiratoire, liée à la faiblesse tonique des muscles respiratoires causant des « fausses routes » répétés, génère un encombrement bronchique et donc des problèmes respiratoires.

Les personnes polyhandicapées présentent des problèmes de déglutition liés à une paralysie du larynx, responsable de la survenue des « fausses routes » chez l'enfant. Ces personnes sont en général sous alimentées et surtout mal hydratées en raison de leur dépendance et de la difficulté à leur faire absorber des quantités suffisantes de liquide. Les pertes de salive, relativement fréquentes participent à cette déshydratation et à l'encombrement pharyngé décrit plus haut.

Le reflux gastro-oesophagien, très fréquent, consiste en une remontée du bol alimentaire et son passage dans les voies pulmonaires supérieures. Ce trouble digestif est responsable de douleurs avec des répercussions sur le comportement de l'enfant ; colères, repli et gémissements.

L'immobilité, la spasticité, en lien avec les lésions cérébrales, entraînent des rétractions musculaires secondaires graves de la colonne vertébrale ainsi que d'autres troubles orthopédiques. Ces troubles peuvent nécessiter une intervention chirurgicale dont les résultats ne seront pas forcément probants. L'enfant atteint ne va pouvoir faire autrement que de subir l'opération, sa participation à la rééducation ne sera pas active et l'investissement de son corps en sera d'autant plus entravé.

3) Une entrave aux interactions précoces

- **L'annonce du handicap : un choc traumatique pour les parents**

Le handicap se découvre pendant la grossesse, à la naissance de l'enfant ou dans les mois qui suivent. L'annonce du handicap apparent à la naissance est le cas de figure le plus redouté mais pas le plus fréquent. Le plus souvent, les troubles du développement apparaissent dès la première année. Les troubles moteurs ou neurologiques sont particulièrement difficiles à détecter par des non-spécialistes car cela demande des compétences précises, une capacité d'attention et de vigilance que n'ont pas forcément acquis les médecins de familles et les pédiatres. La mère va pressentir que quelque chose ne va pas dans le développement de son enfant. Elle va se retrouver seule, culpabiliser, tout imaginer, en espérant qu'un jour, un déclic surviendra et que le développement de son enfant reprendra un cours normal. Mais elle reste inquiète, angoissée qu'un jour, on lui dise que son enfant n'est pas comme les autres.

Qu'elles que soient les circonstances, l'annonce du handicap est un choc traumatique pour les parents car même si le doute persistait, ils n'y sont jamais préparés. « On a beau savoir que ça existe, lorsque cela nous arrive pour de vrai, cela nous prend totalement au dépourvu » disait une mère d'un enfant polyhandicapé de mon entourage. L'annonce du handicap provoque chez les parents un état de sidération qui met en échec la capacité de penser. « *Le handicap vient donner corps à quelque chose de l'ordre de l'horreur [...] Les représentations qui viennent à l'esprit sont tellement intolérables qu'elles sont aussitôt chassées, laissant place à ce vide de l'innommable* »³⁵. Le choc traumatique a pour effet d'arrêter le temps. Le temps se fige, les parents sont comme fixés sur la perception d'un enfant, immobile, qui ne va pas grandir. Il va leur falloir beaucoup de temps pour que cet événement puisse être intégré et assimilé dans le psychisme, pour qu'ils acceptent les différences de l'enfant.

- **Un deuil impossible**

Parfois, le deuil n'est pas possible tant le décalage avec l'enfant rêvé est important. « *L'enfant handicapé envoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître, et partant, à reconnaître l'enfant attendu, l'enfant*

³⁵ KORFF-SAUSSE S. (1996), *Le miroir brisé*, pluriel, p35.

qui se situe dans leur filiation et qui doit les perpétuer après leur mort. Cet enfant là est loin, très loin de l'enfant espéré. Loin de l'enfant que tous les parents ont porté en eux pendant les neuf mois de la grossesse, et rêvé depuis bien longtemps encore »³⁶.

Le décalage entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire, l'enfant fantasmé par les parents est parfois si grand qu'un véritable travail de deuil est nécessaire pour que l'enfant en situation de handicap puisse avoir sa place dans le psychisme des parents. On parle alors du deuil de l'enfant imaginaire. Toute naissance impose un travail de deuil aux parents car l'enfant réel n'est jamais conforme à l'enfant imaginé. Les parents de l'enfant polyhandicapé sont dans l'incapacité de remplacer psychiquement l'enfant rêvé par leur enfant dans lequel ils ont du mal à se reconnaître. L'enfant imaginaire garde sa place comme un « *idéal inatteignable ou un double maléfique.* »³⁷ Face à cet enfant qui les bouleverse, l'identification est difficile dans cette période où la mère est pourtant dans une préoccupation excessive vis-à-vis de son enfant. Les parents perdent communément la capacité naturelle de chercher à le comprendre, d'apprendre à le connaître. Parfois, ils peuvent s'enfermer dans une identification massive à l'enfant qu'ils surprotègent, surinvestissent dans un désir de réparation ou au contraire le délaisser par absence de désir, de perspectives d'avenir lors de soins quotidiens. Ces mouvements, inconscients, ambivalents, sont intimement liés à la représentation du polyhandicap chez les parents : à la fois cet enfant est le leur, il est donc objet d'amour mais sa présence, en tant qu'enfant en situation de handicap, leur évoque des désirs inconscients d'abandon.

○ **Le miroir brisé**

D'après D.W. Winnicott, c'est dans le visage de sa mère que l'enfant se reconnaît et prend conscience de lui-même. Il voit, dans ses yeux, les sentiments de sa mère à son égard, ce qu'il représente pour elle. Que voit l'enfant polyhandicapé dans les yeux de sa mère ? « *la première image de lui-même qu'il perçoit est doublement révélatrice : non seulement de sa propre anormalité, mais encore de la souffrance que cette anormalité provoque chez ses parents* »³⁸. L'enfant polyhandicapé souffre de cette violence infligée dans le regard de sa mère au début de sa vie puis dans le regard de l'autre en général. Son handicap est souvent visible, difficile à cacher. Il provoque un choc qui peut sembler

³⁶ Ibid p. 43.

³⁷ Ibid p. 44

³⁸ Ibid p 56

insurmontable pour l'enfant et pour ses parents. Dans ces regards, l'enfant polyhandicapé, même déficient, prend très tôt confiance de sa différence, de son « anormalité ».

L'enfant polyhandicapé aussi va être confronté à un travail de deuil : deuil de sa normalité, deuil de sa différence, deuil de son autonomie. Il va devoir renoncer à tout ce qu'il aimerait faire, que les autres font, mais que lui ne pourra pas faire. Mais tout comme pour ses parents, ce deuil lui sera impossible. L'enfant en situation de handicap éprouve ce besoin d'imaginer un avenir où le handicap ne serait plus, où son corps serait réparé. Le risque de la prise de conscience de ses incapacités serait la dépression où l'enfant se replierait sur lui-même.

- **La déficience, un frein aux interactions comportementales**

- Dans les interactions visuelles...

L'interpénétration des regards, selon Geneviève HAAG, joue un rôle primordial dans la création du lien, de la relation avec l'environnement. C'est bien dans l'échange de regard que mère et bébé se rencontrent pour la première fois, s'appivoisent, se cherchent. Le regard est le premier canal dont l'enfant dispose pour interagir avec son environnement. Il joue un rôle important dans les interactions précoces car il permet à la mère et à l'enfant de se sentir exister dans le regard de l'autre. « *Quand je regarde on me voit donc j'existe. Je peux me permettre alors de regarder et de voir* »³⁹. Quand le bébé ne voit pas, la mère peut très vite se sentir démunie, éprouver un grand désarroi voire se sentir invalidée dans ses capacités maternelles. Comment se sentir exister dans le regard de l'autre qui ne nous voit pas ? Le risque est que la mère se détourne de son enfant faute d'accrochage du regard, de réciprocité visuelle possible. L'enfant polyhandicapé, qui a d'autant plus besoin des soins et de la présence de sa mère, risque, de déprimer en réaction avec la dépression maternelle et du rejet de celle-ci à son égard. A l'inverse, une relation symbiotique peut se créer entre la mère et son bébé faute de distance nécessaire que permet normalement le regard. L'échange de regards permet de jouer sur la distance, l'absence, la présence et la séparation. En cas de déficit visuel, comment l'enfant va-t-il réussir à se différencier, à se séparer de sa mère, à acquérir une certaine autonomie ?

³⁹ WINNICOTT D.W. (1971), *Jeu et Réalité*, Folio essais, p 209.

L'absence de vision ralentit l'accès au mouvement dans la mesure où celle-ci impulse le mouvement, cette envie « d'aller vers ». Sans possibilité de contrôle visuel, le nourrisson s'appuie essentiellement sur ses sensations proprioceptives, intéroceptives, toniques et tactiles pour se mouvoir. L'enfant polyhandicapé, lui, va voir sa motricité entravée du fait de son défaut possible de régulation tonique.

- Dans les interactions corporelles...

Ces interactions vont également être mises à mal. Faute de régulation tonique, on va retrouver à travers le portage, des réactions toniques de type hypertonie ou hypotonie chez le bébé. La mère ne va pas savoir comment porter son bébé avec cette impression que le bébé hypotonique lui « glisse dans les bras » et que le bébé hypertonique lui exprime, dans ses mouvements d'extension, un refus d'être porté. Le holding maternel, ce portage qui a une fonction de maintenance, de contenance risque d'en être perturbé.

On va observer, faute de holding suffisamment sécurisant, contenant pour le bébé, des conséquences sur l'accordage tonique mère-bébé et donc sur le dialogue tonico-émotionnel. La motricité désorganisée et réflexe de l'enfant polyhandicapé est incompréhensible pour les parents qui ne savent pas comment agir avec leur enfant. Ils ne parviennent pas à dépasser cette incompréhension pour s'engager spontanément dans le corps à corps avec celui-ci. Ceci ayant alors des conséquences sur le comportement de l'enfant renforçant parfois l'incompréhension des parents. Ces expériences corporelles ne vont donc pas permettre au bébé de se construire une sécurité de base nécessaire au sentiment d'existence de soi.

Tout ceci va nuire à la construction du Moi-corporel de l'enfant et donc à celle de son sentiment d'enveloppe. L'enfant va éprouver des difficultés à se sentir unifié dans son corps, il peut présenter un défaut d'enveloppe. Les limites entre l'intérieur et l'extérieur ne seront pas stables. Il peut rapidement se sentir débordé par ses sensations intéroceptives et extéroceptives ce qui va conduire à un retrait, un repli de l'enfant. Ainsi, la « première peau psychique » qui se construit en appui sur le Moi-corporel, va s'établir difficilement. Les sentiments de contenance, de maintien et de pare-excitation du psychisme en seront amoindris. L'enfant sera emprunt à des angoisses, appelées angoisses archaïques, qui vont perdurer : angoisse d'anéantissement, de chute, de liquéfaction, de morcellement...

Toutefois, bien que l'accordage soit difficile à trouver, parents et enfant vont tenter bien que mal de se trouver, de s'accorder afin d'interagir ensemble. Le temps va leur permettre, petit à petit de s'appivoiser et de tenter de se comprendre et l'enfant pourra peu à peu s'apaiser.

- Dans les interactions vocales...

L'enfant polyhandicapé peut présenter une déficience auditive partielle ou totale ou à l'inverse une hypersensibilité auditive poussant l'interlocuteur de l'enfant à prendre de la distance. La mère, quand elle s'adresse à l'enfant, lui fournit un premier contact auditif qui permet à l'enfant de prévoir son approche, d'en apprécier sa distance, son état affectif grâce à la teneur émotionnelle de sa voix. Le bébé sourd, lui, se trouve très isolé quand il n'est pas en contact visuel ou tactile avec sa mère. Il ne va pas prévoir son arrivée. Les événements vont lui parvenir de manière abrupte par un contact direct sur le corps ou par une perception brutale de son champ visuel. Ce manque de perception auditive ne va pas lui permettre d'apprécier la distance d'avec son interlocuteur, de prévenir sa venue et donc de s'en préparer. L'enfant va être dans un état de vigilance permanent, l'enveloppe sonore ne lui permettant pas de se sentir sécurisé.

Le déficit sensoriel auditif prive l'enfant polyhandicapé d'une source d'information lui permettant de découvrir le monde dans une interaction vocale circulaire avec la mère. L'enfant ne va pas ou peu investir les jeux de babil. Les parents vont donc éprouver des difficultés à investir les productions sonores de l'enfant, à les écouter, y mettre du sens et y répondre. On peut donc imaginer que le bébé va se retrouver dans un état de passivité dans l'interaction, faute de sollicitation réciproque. L'aire de communication sonore ne pourra pas se mettre en place, la création de l'enveloppe sonore s'en trouvera ainsi parasitée.

CONCLUSION

Quand on pense à la notion même de handicap, on peut avoir deux images en tête : la déficience motrice ou la déficience intellectuelle. L'enfant polyhandicapé, lui, est atteint des deux. Les atteintes du polyhandicap montrent à quel point la rencontre entre un parent et son enfant peut être entravée. Difficile de se rencontrer, difficile de se comprendre, difficile de se regarder, difficile de s'accorder, difficile d'être en relation, voilà les

difficultés qui mettent à mal la mise en place des interactions précoces. Pourtant, chaque enfant est différent et chaque parent l'est également. Tous peuvent trouver des moyens pour se rencontrer, échanger, partager pour finalement réussir à se trouver et à s'accorder. Pour cela il faut du temps car avec ces enfants, il est nécessaire à mon sens d'être patient.

La rencontre avec un enfant polyhandicapé dans la clinique psychomotrice évoque de façon similaire la rencontre entre un parent et son enfant à la différence que nous n'y mettons pas le même engagement affectif. Le psychomotricien va engager ses capacités d'empathie, ses ressentis, ses capacités de lecture du corps de l'enfant pour tenter de le rencontrer, de l'appivoiser, dans un accordage qui n'est pas toujours évident.

Nous allons voir comment il est possible, en alliant mon expérience de stagiaire auprès d'Edouard avec la théorie, de se rencontrer et de partager ensemble des moments communs pour parvenir quelque peu à s'accorder.

Partie théorico- clinique

INTRODUCTION

Les séances avec Edouard m'ont plongée dans l'univers de l'enfant polyhandicapé. Ce monde inconnu a mis à mal tout ce que je pensais savoir sur moi, sur l'autre et sur la relation avec l'autre. Cette rencontre avec le polyhandicap m'a amenée à me questionner : Comment aborder un enfant polyhandicapé ? Comment se rencontrer, entrer en relation ? Quelles vont être ses réactions à mes propositions ? Et finalement, comment interagir avec lui ?

C'est à partir de ces questionnements, de toutes les difficultés que j'ai rencontrées en présence de ces enfants, de remises en questions que je me suis intéressée à la relation en psychomotricité. Au fur et à mesure de l'année, j'ai pu constater que les enfants qui présentent des troubles de la relation sont nombreux et que la relation « suffisamment bonne », primordiale au quotidien, est un élément essentiel de notre travail en psychomotricité. Edouard, lui, a captivé mon attention et mon regard de psychomotricienne en devenir. Je me suis longtemps demandée pourquoi cet enfant m'attirait. Peut-être était ce la part de mystère qu'il dégagait ou la crainte de son contact associée à l'envie irrépressible de tenter de le comprendre. Peut-être que ce sentiment de vide que je percevais en lui au début, en devenait pour moi plus intrigant. Peut-être que je voulais me sentir exister à ses yeux, lui qui semblait ne pas me voir. Puis, une véritable interrogation en lien avec ce que je pouvais vivre en séance avec Edouard m'a intéressée et fut à l'origine de ce travail de mémoire : **En quoi la psychomotricité va favoriser l'interaction avec l'enfant polyhandicapé ?**

A mon sens, l'accordage avec l'enfant polyhandicapé nécessite des adaptations, des réajustements quotidiens à différents niveaux que j'ai pu travailler dans cette rencontre avec ce jeune garçon. Réajustement corporel, réajustement tonique, réajustement verbal, travail de mise en lien, de représentation et de symbolisation... Toutes ces évolutions ont été pour moi prépondérantes tout au long de l'année dans les séances avec Edouard. Alors finalement, par quels moyens avons-nous pu nous accorder ? Qu'elles sont les qualités du psychomotricien qui permettent cet accordage ? Quels en sont ses outils ?

PENSER L'AUTRE POUR AVANCER ?

« Il y a dans le premier contact avec une personne polyhandicapée quelque chose qui nous décontenance. Les repères habituels, les codes de communication qui nous permettent de décrypter, d'anticiper, de répondre, ne sont plus valides. Il faut trouver autre chose qui nous ramène en terrain plus stable et nous permette d'aménager la rencontre. Si je ne peux pas recourir à des phrases complexes pour me faire comprendre ni attendre de mon partenaire qu'il me serve un discours élaboré, il me faut me porter sur un autre plan. Le dialogue se fonde sur des modes non verbaux, qui s'ancrent dans le jeu corporel. C'est donc au niveau de la posture, du tonus, de l'intonation, du rythme et de la mélodie gestuelle ou vocale que va se jouer la relation. Nous sommes dans le domaine de l'émotion qui peut se définir comme la part du corps dans une situation »⁴⁰.

1) Précisions sur la rencontre

La rencontre... Le dictionnaire définit la rencontre comme « *le fait, pour deux personnes, de se trouver en contact par hasard* »⁴¹. Il y aurait donc l'idée que la rencontre se ferait accidentellement au contact de l'autre. Pourtant, dès les premières séances avec Edouard, j'ai le sentiment que nous ne nous sommes pas rencontrés réellement, que le lien ne s'est pas créé, bien que nous ayons été au contact l'un de l'autre. A mon sens, la rencontre serait marquée d'intentionnalité, c'est-à-dire la volonté pour les deux protagonistes d'entrer en relation. C'est la rencontre intersubjective entre deux personnes. Parler d'intersubjectivité revient à considérer l'autre comme un sujet différencié ayant un espace psychique propre et en d'autres termes, le considérer comme un sujet pensant. Il n'y a donc pas d'intersubjectivité s'il n'y a pas deux personnes conscientes l'une de l'autre. Pour qu'il y ait rencontre intersubjective, il faudrait donc être en capacité d'appréhender l'autre dans sa subjectivité au travers des expériences corporelles. C'est cette difficulté pour moi d'appréhender Edouard comme un autre qui me semble avoir compromis cette rencontre au départ. La sensation de vide que je ressentais chez Edouard au début, de par son absence de regards, son absence de réactions, son animisme, m'empêchait d'aller à sa rencontre. J'appréhendais la fragilité de cet être si vulnérable.

⁴⁰ LESAGE B. (2000), Abord des personnes polyhandicapées, *Les cahiers de l'actif*, N° 286-287, p. 93.

⁴¹ Le Petit Robert de la langue française 2011.

2) Des défenses entravant la rencontre de mon côté....

○ Une représentation impossible

L'enfant polyhandicapé intrigue autant qu'il fait peur. Cette peur vient marquer notre incompréhension, nos propres angoisses face à ce qui peut paraître différent, à ce qu'il nous est difficile de comprendre. La rencontre avec un enfant polyhandicapé déstabilise car il met à mal toutes nos représentations. Cet enfant, pas comme les autres, peut donner l'impression au premier abord d'être un enfant sans vie, sans humanité presque. « *Entre horreur et fascination, la figure du monstre attaque nos capacités à penser et finalement, nos capacités à être et être avec. Effraction psychique, envahissement corporel, c'est à l'intérieur de chacun de nous qui intervenons auprès de ces personnes polyhandicapées que le monstre est en question* »⁴². Dans ma rencontre avec Edouard, je suis fascinée au premier abord par son physique qui me paraissait tellement lisse, tellement parfait : les traits de son visage, son petit nez, ses cheveux légèrement en bataille me donnent l'image d'une figure angélique. Etrangement, Edouard ne me paraissait pas « en vie », comme si le temps s'était figé et qu'il lui manquait cette étincelle de vie, cette humanité que je recherchais chez l'autre. J'étais confrontée à un paradoxe, perdue entre une envie d'aller à sa rencontre et celle de m'éloigner.

○ L'espace dans lequel il devient humain

La crainte de le toucher, de le mobiliser pour ne pas le casser fut très présente dans les premières séances d'Edouard. L'ensemble des incapacités d'Edouard a eu, dans un premier temps, l'effet de figer complètement ma pensée. Je ne pouvais penser Edouard autrement que par ma vision de ses incapacités, dans ses difficultés à entrer en lien, dans ses « incompétences »... Dans la rencontre avec des personnes polyhandicapées, l'étrangeté de leur corps, de leur apparence, déstabilise. Elle pousserait à mettre en place des défenses contre cet éprouvé, jusqu'à ne plus reconnaître l'enfant handicapé comme un sujet. Cela se rapproche du concept Freudien d'inquiétante étrangeté. On ressentirait cette sensation dans notre quotidien face à quelque chose qui nous mettrait mal à l'aise sans que l'on sache vraiment pourquoi. Elle correspondrait au retour du même, du semblable, objet refoulé

⁴² MUNOZ G. (2003), Adultes polyhandicapés : Quand la rencontre ne va pas de soi, *Thérapies psychomotrices et recherches*, N° 133, p 62.

mais intimement familier qui referait surface. Elle pousserait à mettre en place des défenses contre cet éprouvé jusqu'à ne plus reconnaître le patient polyhandicapé comme une personne. Simone KORFF-SAUSSE indique d'ailleurs à ce propos que « *c'est en cela que l'enfant handicapé fait peur, car son étrangeté révèle, comme dans un miroir brisé, notre propre étrangeté, que nous voulons ignorer* »⁴³. L'enfant polyhandicapé, atteint dans son intégrité, nous renvoie une image dans laquelle nous avons peur de nous reconnaître. Cet enfant porte une telle souffrance que nous préférons penser qu'il n'en est pas conscient et qu'il ne peut penser la situation qui est la sienne. Pourtant, l'enfant polyhandicapé très tôt se rend compte des affects qu'il suscite dans le regard de l'autre, dans les yeux de sa mère. Il se rend compte de sa différence.

Lors des premières séances, j'avais l'impression qu'il ne se passait rien. Le temps pouvait parfois me paraître long aux côtés d'Edouard. Mes capacités d'attention, d'être avec, s'étiolaient en sa présence. Je me surprénais, de temps à autre, à penser à autre chose. J'étais psychiquement ailleurs. Cette fuite des éprouvés était probablement la résultante d'une lutte contre mes propres émotions, mes angoisses, contre le vide qu'il me faisait vivre. Ne rien ressentir, c'est se protéger de la souffrance que nous fait vivre l'autre mais c'est aussi et surtout se protéger de la souffrance de l'autre.

Puis, l'interruption dans les séances avec Edouard durant les vacances, m'a permis d'en apprendre un peu plus sur son histoire, sur sa situation familiale. J'ai commencé à le faire vivre autrement dans mes pensées, dans mes interrogations avec la volonté de l'aborder autrement, de le rencontrer. La séance suivante, je me suis autorisée à porter Edouard pour la première fois. C'est dans l'effet de son corps sur le mien que j'ai pu m'apercevoir que lui aussi avait mis des défenses en place pour se protéger de la relation.

3) ...et des défenses de son côté

Comme nous avons pu le voir, les troubles de la régulation tonique sont très présents chez l'enfant polyhandicapé. Les troubles du tonus sont à l'origine d'un ralentissement du développement psychomoteur mais également un frein dans l'interaction avec le milieu environnant.

⁴³ KORFF-SAUSSE S. (1996), *Le Miroir Brisé*, Pluriel, P 8.

Edouard, allongé sur le dos, en hyperextension ou simplement très hypertonique est dans une posture qui peut sembler inconfortable. L'hypertonie de ses membres est surprenante : ses poings sont fermés, ses bras et ses jambes sont très tendues, l'une de ses jambes tremble frénétiquement sans relâche. Au niveau axial, son tonus alterne entre une hypotonie majeure et une hypertonie qui amène tout son corps en extension, la tête en arrière ; en position d'opisthotonos. Lorsque je le porte pour la première fois, Edouard se met en extension, il pousse très fort de tout son corps comme s'il voulait écarter mes bras. Ses mouvements d'extension et de relâchement alternent comme si Edouard ne pouvait pas toujours les contrôler. Parfois, j'ai l'impression, quand je le remets en position droite dans son axe, qu'il fait exprès de se mettre en extension, comme si c'était sa manière à lui de se sentir exister, à travers cette position, au travers de sa spasticité. Edouard m'apparaît comme emprisonné dans une carapace tonique à laquelle il s'accroche pour ne pas s'effondrer.

○ **Un agrippement tonique...pour se sentir exister ?**

Nous avons vu précédemment combien il est difficile pour l'enfant polyhandicapé, au vu des interactions précoces entravées, de se construire un moi suffisamment stable, sécuritaire pour se sentir exister. Le sentiment d'existence naît pour l'enfant dans la manière d'être porté aussi bien physiquement et psychologiquement par la mère ce qui lui confère un vécu corporel suffisamment stable pour se sentir exister.

Edouard est un enfant qui est atteint du syndrome de West. Les crises, présentes ou non selon les séances, se répètent parfois. Bien qu'elles soient brèves, ces crises étaient impressionnantes pour moi au début, puis, je m'y suis habituée peut-être parce qu'à ce moment là je le voyais sourire, il paraissait dans un ailleurs qui semblait apaisant l'espace de quelques secondes. En se répétant, les crises font vivre à l'enfant des moments de rupture avec le monde extérieur, de discontinuité. Leur succession va entraver le développement de l'enfant et l'entraîner dans un vécu de discontinuité d'existence. L'enfant va donc lutter pour se sentir exister.

Je m'interroge sur l'hypertonie d'Edouard dès les premières séances. J'ai le sentiment qu'Edouard s'accroche à son tonus pour ne pas s'effondrer, qu'il lutte contre des angoisses. S. ROBERT-OUVRAY affirme que « *lorsque l'hypertonie est trop forte, la*

tétanie musculaire et la sidération psychique envahissent le champ psychocorporel de l'enfant. Chaque expérience traumatisante constitue un trou noir dans la vie psychique du bébé. Tous les niveaux d'organisation restent amalgamés. Il n'y a plus d'élaboration mentale et d'intégration possible de ces zones non différenciées. Un sentiment de discontinuité de vivre s'installe dans l'univers psychique de l'enfant »⁴⁴. L'hypertonie d'Edouard serait donc associée à ce vécu de discontinuité lié aux crises d'épilepsie. L'objectif serait d'éviter la confrontation à des expériences corporelles, émotionnelles appréhendées comme terrifiantes, sources de terreur ou d'effondrement et synonymes de perte de continuité psychique. Il se construirait donc, par le biais de l'hypertonie, une sorte de carapace tonique dans laquelle il pourrait se replier. C'est comme si Edouard recherchait une auto-excitation pour éviter l'excitation sous-tendue par la rencontre avec l'autre.

Face au « trou noir » de sa psyché, Edouard s'accroche à ses sensations toniques dès le début de nos séances. Il reste immobile, ne bouge pas. Il est dans un agrippement auto-sensuel, un moyen de lutte contre des vécus déstructurants, angoissants. Selon moi, les agrippements toniques auraient pour fonction d'annuler cette peur du vide afin de se sentir exister. Ce serait un mécanisme défensif, une lutte contre des affects qu'Edouard serait dans l'incapacité de se représenter. Seulement, ces agirs n'ouvrent pas à la représentation, à la pensée. Ils sont au service de la sensation et nécessitent une répétition sans fin, au risque de s'exposer à un retour de l'angoisse. L'agrippement auto-sensuel a donc pour objet de lutter contre une angoisse non représentable pour l'enfant, et lui permet de fuir l'accès à la représentation, à la symbolisation.

Permettre à Edouard de passer d'un agrippement auto-sensuel à un agrippement auto-érotique serait, à mon sens, une perspective trop ambitieuse car elle sous-tend l'idée d'un accès possible à la symbolisation. Rappelons que le projet en Psychomotricité est de « lui permettre de consolider sa structure interne afin qu'Edouard acquiert une sécurité de base tout en veillant au maintien de ses acquisitions. » Il s'agit donc de lui fournir des expériences sensorielles, corporelles contenant et apaisantes pour qu'il se sente plus sécurisé dans son corps. Nous verrons dans la partie suivante en quoi le cadre de la psychomotricité a permis à Edouard de relâcher quelque peu ses auto-agrippements pour finalement entrer en relation. En d'autres termes, par quels outils la psychomotricité

⁴⁴ ROBERT-OUVRAY S. (1996), *L'enfant tonique et sa mère*, Hommes et Perspectives, p 146.

permet-elle d'aller à la rencontre de l'enfant polyhandicapé et qu'elles sont les compétences nécessaires au psychomotricien ?

FONCTIONS ET COMPETENCES DU PSYCHOMOTRICIEN

« *La psychomotricité n'est pas une théorie en soi. C'est un dispositif et une pratique qui proposent une certaine façon de faire et ont pour repère principal de considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire* »⁴⁵.

1) L'observation, une lecture attentive du corps de l'enfant

L'observation et l'écoute du corps de l'autre sont des outils indispensables au psychomotricien pour comprendre et penser la dynamique psychomotrice de l'enfant polyhandicapé. Ce travail d'observation et d'élaboration demande une disponibilité psychique particulière de la part du psychomotricien pour être attentif à ce que montre le patient en séances. Afin d'être disponible à l'autre, il se doit d'être dans une écoute attentive de son propre corps, de ses ressentis et émotions afin de pouvoir accueillir ce qui se passe dans la relation. Il est donc nécessaire de prendre conscience de ce qui se joue en soi pour comprendre l'autre. A fortiori, quand la relation n'est pas possible, mieux se comprendre va nous permettre d'avancer pour mieux discerner la problématique de l'enfant. Réaliser ce qui ne s'élaborait pas avec Edouard m'a permis d'avancer afin d'être plus disponible, à l'écoute de ce qu'il pouvait montrer pour enfin mieux l'investir par la suite.

Le corps, notamment celui du patient polyhandicapé, est le lieu des émotions. L'enfant manifeste, par le biais du corps, ce qui se passe pour lui au moment de la rencontre. On parle de son langage corporel. C'est par l'observation détaillée du corps de l'autre, mais aussi de ce qui se joue dans la relation, que le psychomotricien va réussir à appréhender au mieux la vie émotionnelle et subjective du patient. Or, comme le souligne Catherine POTEL « *Observer et décrire ne suffisent pas. C'est bien le croisement des données observées et des données théoriques sur le fonctionnement corporel et mental qui fait toute la richesse et l'intérêt d'une technique d'observation* »⁴⁶. Observer Edouard me semblait difficile au départ. J'avais ce sentiment que tout ce que je pouvais remarquer, constater n'étaient que des observations interprétatives de ma part et qu'elles ne traduisaient pas réellement ce que vivait Edouard dans son corps. Puis, par un travail sur

⁴⁵ POTEL C. (2013), *Etre Psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, Eres, Toulouse, P. 13.

⁴⁶ Ibid., p 308.

mes propres affects, mes propres ressentis, je me suis aperçue qu'observer un enfant polyhandicapé, c'est réussir à discerner les détails mêmes les plus infimes de son corps : un coin de bouche qui se lève, un regard furtif sur un bras, une respiration qui s'accélère, une tête qui se redresse seule.... Je finissais par compter le nombre de secondes où Edouard réussissait à tenir sa tête ! Cela n'aurait pas été possible si je n'avais pas réussi à me dédouaner de cette peur de l'autre qui m'avait envahie au début et dont j'ai pris conscience.

Ainsi, l'écoute sensible du corps de l'autre, de soi va fournir au psychomotricien un matériel à penser. Il pourra ajuster ses propositions et tenter de verbaliser à l'enfant ce qu'il a pu saisir de sa problématique.

2) La contenance du psychomotricien

« C'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre psychisme »⁴⁷.

Le holding est la manière dont l'enfant va être porté aussi bien physiquement que psychiquement par la mère pour lui apporter une contenance, une sécurité de base nécessaire à la continuité d'existence. On peut penser que le psychomotricien, aussi, va assurer une fonction de holding chez le patient polyhandicapé. Il va lui procurer des repères stables et sûres sur lesquels l'enfant va s'appuyer pour se sentir exister. C'est par le toucher mais aussi l'échange de regards, la voix et la mise en mots de ses éprouvés que le psychomotricien va pouvoir procurer à l'enfant une sécurité de base.

○ Par le toucher

Le toucher est essentiel dans la rencontre avec l'enfant polyhandicapé, son corps étant le premier intermédiaire entre lui et le monde. Aller à la rencontre de l'enfant polyhandicapé, c'est aller « à son contact ». Toutefois, le toucher n'en reste pas moins hésitant, questionnant, face à cet autre qui peut sembler si différent. Toucher, c'est toujours

⁴⁷ Ibid., p 324.

se rencontrer. En effet, lorsque l'on soumet une personne à un contact tactile, le toucher est réciproque, le toucher-contact étant un sens réflexif. Par plusieurs fois je me suis interrogée sur les qualités de mon toucher que ce soit auprès d'Edouard ou des autres enfants que je vois en stage. Le toucher demande une adaptation, un ajustement à chaque rencontre. Il ne s'agit pas de faire « comme on le sent ». Le toucher va partir de la lecture attentive que l'on va avoir des informations apportées par corps de l'autre. On va ensuite s'efforcer de d'apporter par nos mots, par notre corps, un décodage de ses propres ressentis.

Aller à la rencontre d'Edouard a très vite impliqué une prise de contact corporelle. Le toucher étant le premier sens par lequel je m'adressais à lui. Les premières séances, je posais ma main fébrilement sur son épaule de peur de le déranger dans cet état de quiétude dans lequel il semblait être. Puis, je me présentais oralement à Edouard mais la « prise de contact » avait bel et bien lieu au travers de la main que je lui apposais sur l'épaule. Au fur et à mesure des séances avec Edouard, mon toucher est devenu plus sûr, la pression de ma main plus intense, plus enveloppante. Edouard me montrait petit à petit des réactions à ma présence dans la rencontre. Le toucher fut le premier moyen d'entrer en relation avec Edouard. C'est aussi par ce biais, que j'ai commencé à me sentir exister pour lui.

L'eutonie pose une distinction entre toucher et contact. Le contact impliquerait la notion d'empathie tandis que le toucher renverrait à une prise d'information sensorielle de la part du soignant. En psychomotricité, il faut pouvoir se servir des deux pour que le contact soit au plus juste et que l'accordage avec le partenaire soit possible. Benoit Lesage insiste sur l'importance du toucher comme outil, « bagage minimum indispensable », dans la rencontre avec la personne polyhandicapée. Toutes les personnes sont différentes, les propositions de toucher-contact nécessitent donc un ajustement, un accordage avec la personne de la part du psychomotricien.

- Le portage et le contact enveloppant

Au fur et à mesure des séances, le portage est devenu un indicateur de l'état somatique et affectif d'Edouard. En fonction de ce que je ressentais dans mon propre corps, je modifiais les propositions en séances. Si je le sentais « trop » tonique, je lui proposais des stimulations dans un corps à corps. Si, je le sentais plus détendu, je me mettais plus à distance corporellement en lui proposant des touchers-contacts enveloppants de mes mains. Le portage du psychomotricien permet à l'enfant de se sentir contenu,

sécurisé. Il fournit à l'enfant le sentiment d'un corps rassemblé, contenu et favorise l'établissement de sa sécurité interne et des liens affectifs. C'est ce que la mère fournit au bébé dans le holding et le handling au cours des soins de maternage. Le flot de stimulations auquel est soumis le bébé dès sa naissance l'angoisse. C'est dans les bras de sa mère que l'enfant se rassure. Par ses bras, la mère va fournir à l'enfant une contenance et des limites corporelles. C'est ce qui va lui apporter une sécurité de base nécessaire à son sentiment d'existence. Cela fait écho avec la séance où Edouard pleurait dès que je le posais sur le sol et ne disait rien quand je le gardais dans mes bras. Edouard avait besoin d'être contenu, sécurisé, enveloppé ; il était peut-être en proie à des angoisses qu'il ne pouvait contenir.

Beaucoup d'enfants polyhandicapés n'ont pas une représentation unifiée de leur corps. A leur contact et à l'instar d'Edouard, on constate à quel point leur enveloppe corporelle est potentiellement défaillante car pour bon nombre d'entre eux, les limites corporelles ne sont pas ou peu construites. Le toucher contenant, le portage permettent à l'enfant de se construire cette enveloppe corporelle sécurisante qui leur fait tant défaut. J. SARDA disait à ce propos : « *Quand le réel du corps de l'enfant est mis en jeu, parce qu'il s'adresse au corps total, le toucher en psychomotricité (et en relation tiers) permet de cicatriser, de soigner voire de construire le « Moi-Peau », première enveloppe corporelle d'un temps d'avant, première frontière, première expérience incontournable de bordure du corps vers la naissance d'un moi corporel et psychique* ». ⁴⁸ Auprès de ce jeune garçon, je me suis aperçue que le toucher contenant serait un toucher enveloppant et consistant, un contact tactile plus globalisant. En effectuant des pressions sur son corps, Edouard m'a semblé plus présent, plus attentif dans l'instant. Par un toucher contenant, l'enveloppe de l'enfant va donc peu à peu se construire, ceci en vue de faciliter la mise en relation, l'accordage avec l'adulte.

Pour rencontrer les personnes polyhandicapées au niveau de leur enveloppe tactile, le toucher thérapeutique a recours à diverses manœuvres : effleurage, modelage, lissage, mobilisations passives, utilisations d'objets divers... Le psychomotricien va alors décrypter ce qu'il observe de l'enfant et le lui traduire dans ses mots ou par l'intermédiaire de son propre corps. Nous verrons comment, dans le corps à corps, le psychomotricien va contenir son patient en vue d'établir un accordage tonico-émotionnel et d'interagir avec lui.

⁴⁸ SARDA J. (2002), Le toucher en thérapie psychomotrice, *Enfances et Psy*, N°20, Eres, p 86-95.

- Du corps à corps vers un accordage tonico-émotionnel

N'ayant pas accès à la communication verbale, l'interaction avec les personnes polyhandicapées va avoir lieu par le biais du corps. Le corps parle, le corps a valeur de communication. C'est à travers le langage infra-verbal que le psychomotricien va tenter d'interagir avec l'enfant polyhandicapé.

Les percussions osseuses

C'est par le biais de stimulations sensorielles que nous abordons Edouard et notamment par une première approche autour des percussions osseuses. Le toucher, outre sa fonction de contenance, va offrir une sensation de consistance corporelle à l'enfant polyhandicapé. Dans les tapotements avec le poing, le bout des doigts, c'est la qualité du « dur » qui est recherchée. Il va s'agir de faire ressentir à l'enfant sa structure osseuse : la solidité de ses os, de son squelette. Ressentir de la consistance dans son corps, c'est acquérir une stabilité de base, une sécurité interne nécessaire au développement de l'enfant. Ainsi, dans les percussions osseuses que l'on propose à Edouard, il s'agit de lui faire prendre conscience de son squelette interne, qu'il y a du dur en lui qui le tient auquel il peut s'accrocher autrement que par son hypertonie. Dans le concept de stimulation basale, A. FROLICH insiste sur le pouvoir vibratoire comme source première d'unification. La vibration permet que la stimulation se propage jusqu'au squelette de l'enfant. C'est probablement ce qu'a ressenti Edouard lorsque ses mains étaient au contact du coussin vibrant. Le fait qu'il pousse sur cet objet avait peut-être pour effet de permettre à la vibration de se propager plus facilement dans son corps, d'atteindre plus rapidement son axe. L'enfant va sentir la présence de ses os, de son axe lui procurant ainsi une solidité et une stabilité interne. B. LESAGE le confirme en disant que « *C'est pour réguler cette angoisse qu'il est capitale de solliciter la charpente osseuse qui permet de lâcher les tensions musculaires tout en assurant une sécurité, et garantit donc d'une certaine manière au sujet qu'il e va pas se dissoudre avec sa carapace tonique* »⁴⁹. Un sentiment d'intégrité corporel va se mettre en place chez l'enfant facilitant peut être la rencontre avec l'autre. Pour lui, cette découverte de sensations de la structure osseuse va avoir des incidences sur la fonction tonique et la mise en mouvement de l'enfant.

⁴⁹ LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Eres, Toulouse, p139.

D'un contact-dos à l'interpénétration des regards

L'importance du dialogue tonico-émotionnel entre la mère et le bébé montre à quel point les fonctions toniques et posturales sont essentielles dans la régulation de la vie affective et relationnelle de l'enfant. Edouard, lui, s'est formé une sorte de « muscle-cuirasse » postérieure qui l'empêche de s'ouvrir au monde extérieur. B. Lesage affirme que la posture d'hyperextension met l'enfant « *hors de son axe, hors de l'état de disponibilité maximale* »⁵⁰. Allongé sur le dos, Edouard me paraissait moins disponible que lorsque je lui fournissais un contact corporel, quand nos corps étaient accolés l'un à l'autre. Par le changement de posture, par les stimulations axées sur son dos, j'ai tenté de faire ressentir à Edouard ses muscles différemment : tantôt toniques, tantôt relâchés.

Rappelons qu'in utéro, la surface tactile la plus importante est celle du dos de l'enfant qui épouse les courbures de la cavité utérine. A la naissance, le bébé passe d'un environnement où il est contenu à un environnement aérien qui ne le contient plus du tout. G. HAAG souligne à quel point « *l'impotence statique du tronc et de la nuque du nouveau-né, ces sensations données par le contact du dos et de la nuque sur le corps, le bras, la main de la mère, ou divers plans soutenant l'enfant pendant le change, par exemple, sont une donnée de base si permanente qu'on n'y pense même plus. C'est lorsqu'un bébé, qui ne va pas bien refuse de quitter ce contact [...] que l'on en prend soudain conscience* »⁵¹. Le bébé, quand il retrouve un contact-dos à la naissance, ressent une sensation d'apaisement. Celui-ci participe donc au sentiment de sécurité chez l'enfant. En psychomotricité, le contact-dos pourrait permettre à l'enfant de s'ouvrir au monde extérieur et possiblement entrer en relation. C'est probablement ce qui se passe quand je place le dos d'Edouard au contact de mon ventre ou de mon bras, celui-ci me paraît plus présent, plus disponible à ce que je peux lui proposer. Fournir un contact-dos à l'enfant favoriserait donc le travail d'accordage.

Dans cette rencontre, dans ce corps à corps, le toucher met en relation deux êtres. Quand je place Edouard contre mon corps, je ressens son état et ses variations toniques et il ressent les miennes de son côté. Le tonus est un processus qui est amené à varier sans cesse chez l'enfant. Il marque sa disponibilité à l'autre. En effet, le bébé qui refuse la relation se tend, et généralement s'arqueboute dans les bras de sa mère, alors que lorsqu'il l'accepte, il

⁵⁰ Ibid, 138

⁵¹ HAAG G. (2012), *Le dos, le Regard et « La peau »*, Exposé en 1986 revu et complété en 2012

va s'y couler, s'y lover. Dans le dialogue tonique, le bébé et la mère vivent des éprouvés sensori-toniques qu'ils se transmettent réciproquement et qui se font écho. Le bébé réagit aux réactions toniques de sa mère en modifiant son tonus. La mère ressent à son tour les variations toniques de son bébé, elle interprète ce qu'elle ressent en adaptant le sien. Ce dialogue tonique qui s'instaure va être la trame qui permettra au bébé d'intégrer ou d'accumuler les informations qu'il reçoit et permettra au dialogue tonico-émotionnel de se mettre en place.

L'enfant polyhandicapé, lui, n'a pas pu intégrer ces différences d'état tonique. Il est dans une réaction de tout ou rien marquée par la présence de l'hypertonie ou l'hypotonie. Il n'est donc pas en mesure de contrôler son tonus. On peut alors comprendre l'importance, en psychomotricité, d'accompagner l'enfant polyhandicapé à vivre les variations toniques dans son corps. C'est à travers les changements de postures et les fluctuations de notre propre tonus que l'enfant va peu à peu prendre conscience de la variation de ses états toniques. Cela fait écho avec la séance où je sentais Edouard très tendu dans mes bras et que je luttais pour le tenir avec cette impression, qu'en agissant ainsi je pourrais le contenir. C'est en faisant varier mon tonus et en y mettant des mots qu'Edouard a pu se relâcher dans mes bras, le rendant ainsi disponible à la séance.

Les manifestations toniques sont accompagnées d'affects qui vont produire des variations toniques dans l'ensemble de la musculature. Ce sont les réactions toniques que va avoir le bébé à l'approche d'une personne au pied de son berceau : réactions de prestance, attitude posturale, mimiques particulières...Tonus et posture sont donc intimement liées à la vie affective et relationnelle du bébé. En psychomotricité, notre accompagnement va également mobiliser la sphère relationnelle : tout en s'ajustant aux manifestations toniques de l'enfant, on va y mettre des mots, leur attribuer une signification, une émotion. Cet accompagnement, lorsqu'il est adapté, va permettre la construction d'un sentiment de continuité d'existence dans la sécurité puisqu'une réponse est apportée à l'enfant quant à ses besoins, l'appréhension de son corps. C'est effectivement ce que souligne B. Lesage quand il affirme « *la modulation tonique a un double effet : d'une part interne dans le sens où cela modifie le vécu corporel (donc l'image du corps), et d'autre part externe parce que partageable avec autrui. L'enfant accède donc dans ce dialogue à la représentation de soi.* »⁵²

⁵² op. cit. p.83

Ce travail d'intégration passe par des schèmes d'enroulement et de déploiement qui permettent à l'enfant de se rendre disponible aux échanges et d'entrer en relation. Ce travail d'enroulement vise un effet de recentrage de l'enfant sur lui-même. Il s'agit de lui faire lâcher son hypertonie postérieure pour lui permettre de devenir plus disponible à soi, puis à l'autre. C'est ce qu'affirme B. Lesage « *Dans l'enroulement, les ceintures se relâchent et les tensions postérieures cèdent. Le regard s'éveille. L'enfant devient disponible pour les échanges et les interactions* »⁵³. C'est ainsi qu'Edouard a pu montrer des réactions à ma présence dans les propositions d'enroulement et de déploiement. Il semblait tourner la tête en me cherchant du regard quand je me trouvais dans son dos. Ou encore cette séance où, sur moi, il me regardait quand je l'invitais à se rassembler. Cet accompagnement de l'enfant polyhandicapé nécessite une disponibilité corporelle et psychique du psychomotricien et il est, à mon sens, important de se le rappeler.

Ainsi, les expériences tactiles de toucher-contact, de corps à corps, de portage, d'enroulement...admettent une fonction intégrative, structurante du corps de l'enfant. Elles participent à la création d'un corps contenant. L'enfant polyhandicapé commence à intégrer son corps grâce à ces expériences. Ainsi, il pourra peut-être déployer son regard et entrer en relation. Nous verrons dans un second temps que le regard, la voix, participent également à la création du sentiment d'enveloppe de l'enfant ; elles participent donc à la rencontre.

- **Par le regard**

Après avoir pu nous accorder dans le corps à corps à travers le portage, Edouard et moi nous nous sommes regardés, puis je me suis mise à chanter. Il s'accrochait à mes yeux comme si il transformait son agrippement tonique en agrippement visuel. Nous étions peut-être dans l'interpénétration des regards comme le dit G. HAAG. J'ai volontairement quitter son regard, mais en reposant les yeux sur lui, Edouard me regardait toujours. Peut-être alors que cet agrippement visuel était lui aussi une manière pour Edouard de se contenir. Il participerait au sentiment d'enveloppe. G. HAAG précise « *La perception de la première relation, celle qui fonde le sentiment d'enveloppe post-natale du bébé, semble être ceci : il faut que quelque chose soit envoyé et entre par les yeux jusqu'au fond de la tête de l'autre, porté par l'image motrice d'une certaine spatialisation du regard, et que ce quelque chose*

⁵³ Ibid. p.335

fasse empreinte, puis revienne, faisant rebond avec le noyau émetteur du self, effectuant ainsi une sorte de boucle »⁵⁴. L'interpénétration des regards a permis de soutenir le besoin de contenance d'Edouard qui se sentait exister.

○ **Par la voix**

Puis j'ai chanté...

Dans la formation de « *la peau-contenance [...] il faut combiner le contact tactile du dos, et une probable enveloppe sonore, avec la pénétration du regard branchée sur une kinesthésie d'envoi (poussée/attraction/envol) qui doit rencontrer un point de rebond dans la tête de l'autre »⁵⁵. Les voix, les sons, les comptines accompagnées du regard participent aussi à ce sentiment d'enveloppe chez l'enfant polyhandicapé. Rappelons que le bébé est très tôt en capacité de reconnaître les voix humaines et que celles-ci ont un pouvoir apaisant sur le nourrisson. La voix va donc avoir un pouvoir apaisant et contenant pour l'enfant. L'utilisation de l'enveloppe sonore a tout à fait sa place dans le « holding » psychomoteur. Mais pour être disponible aussi bien physiquement que psychiquement, la notion d'empathie est nécessaire dans le soin psychomoteur.*

3) La capacité d'empathie du psychomotricien

Essayons tout d'abord de définir le terme « empathie ». Etymologiquement, le mot empathie est composé du préfixe « en » qui signifie « en dedans » et du suffixe « pathie » qui se définit comme « ce que l'on éprouve ». L'empathie, d'après le dictionnaire, serait donc « *la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent »⁵⁶. Toutefois, il serait intéressant de préciser cette définition. L'une des caractéristiques première de l'empathie est de reconnaître l'incommunicabilité entre deux êtres humains. Chacun est unique, chacun se construit en fonction ses expériences. Nous ne pouvons donc ni percevoir, ni ressentir l'expérience d'autrui telle qu'elle se développe à l'intérieur de son univers singulier. Nous allons recevoir tout au plus des échos, des bribes du vécu de la*

⁵⁴ HAAG G. (2011), *Langage préverbal et émergence des représentations du corps, en situation psychanalytique individuelle ou groupale, avec des enfants autistes*, exposé en 1994, revu et complété en 2011.

⁵⁵ HAAG G. (2012), *Narrativité du langage corporel et narrativité du langage verbal*, Exposé au colloque international Histoires sans fins en 2003, mis à jour et complété en Septembre 2012, p 7.

⁵⁶ Le petit Robert de la langue française, version 2011.

personne mais nous ne sommes pas en capacité de ressentir exactement ce qu'elle ressent. On ne peut pas se mettre « à la place de » car nous sommes des êtres différents.

Considérons ensuite que l'empathie est un processus d'élaboration qui prend du temps. L'empathie est un phénomène qui progresse par tentatives, essais, erreurs et rectifications. C'est la non-compréhension qui est le moteur intellectuel et affectif de l'empathie. L'autre ou sa situation, seraient donc considérés comme une énigme que l'on devrait déchiffrer. En conséquence, l'empathie est un vrai travail d'élaboration qui nécessite des retours en arrière, des remises en questions en lien avec de nombreux doutes et incertitudes... C'est pourquoi il est nécessaire de considérer cette dernière caractéristique : il n'y a pas d'empathie absolue, de compréhension totale de l'autre mais seulement une approche approximative de l'autre.

La capacité d'empathie du psychomotricien présupposerait donc un travail de co-construction qui va s'élaborer non seulement en appui sur ce que l'on voit du patient mais également à partir de nos propres affects. Je me suis aperçue dans mes stages combien la mise en travail de mes propres affects fut important pour me rendre disponible à la relation. En effet, le métier de psychomotricien nous confronte à la souffrance des patients et de leur famille. Par plusieurs fois, je me suis demandée ce que vivaient les parents d'Edouard, ce qu'ils pouvaient ressentir face à la situation de polyhandicap de leurs deux fils. M'identifier trop fortement à eux irait à l'encontre du travail d'empathie. C'est ce qu'affirme S. PEDEVILLA quand elle dit « *Quand je peux être à l'écoute de l'autre tout en restant en contact avec moi-même, j'arrive à distinguer, d'une part, l'émotion éveillée par mon histoire, émotion qui a tendance à m'alourdir, et, d'autre part, l'émotion forte, mais mouvante, liée à la rencontre de deux altérités* »⁵⁷. L'empathie ne doit donc pas être un « trop » d'émotion, d'identification qui nous déborderait et nous empêcherait de nous distancer du patient. La fonction contenante du travail thérapeutique en serait mise à mal.

Aussi, face à des patients polyhandicapés, il peut sembler plus facile de se construire un rempart, sorte de barrière de protection, entre lui et nous et de se couper de nos émotions pour faire, comme si nous n'étions pas touchés, bouleversés, comme si nous ne nous sentions pas impuissants...comme si cela nous protégeait de l'image, des émotions qu'ils pouvaient nous renvoyer. Nous pouvons tous nous retrouver un jour dans des états

⁵⁷ PEDEVILLA. S. (2006), *Dans la pratique de l'écoute, souvent donner c'est recevoir*, L'observatoire, N°50, Dossier Pratique de l'écoute.

de sidération, de gel de la pensée, des affects avec certains patients. L'analyse de la problématique du patient en sera perturbée. L'important est de prendre conscience de ce qui se passe en nous, de ce qui bloque notre appareil à penser, de le reconnaître et de le mettre au travail, faute de quoi, la rencontre ne pourra se faire.

Les enfants polyhandicapés mettent eux-aussi des défenses en place pour se protéger de la relation. Je pense ici à Edouard et ses agrippements toniques. Il est possible qu'en réponse aux défenses d'Edouard, je me sois moi-même créé mes propres défenses nous empêchant tous deux, de nous rencontrer lors des premières séances. L'empathie était peut-être trop importante à ce moment là, pas justement dosée. Finalement, il faudrait trouver la juste mesure entre les émotions qui nous animent au contact de l'enfant, et la manière de les utiliser. Un travail d'acceptation est nécessaire pour trouver un équilibre afin de ne pas se laisser déborder mais de s'en servir comme moteur dans la recherche d'accordage avec le patient. En psychomotricité, avoir une attitude empathique permettrait de devenir parfaitement disponible et à l'écoute de son patient, ceci dans l'objectif de trouver le meilleur ajustement tonique et psychique avec lui et d'adapter sa pratique en conséquence. Le patient va donc devenir un sujet à part entière aux yeux du psychomotricien, un sujet différencié de lui qu'il va accompagner. A travers cette élaboration, cette construction, la position empathique du psychomotricien va favoriser la création d'espace de partage et de rencontre avec son patient.

La notion d'empathie fonctionne de pair avec celle de distance relationnelle. Nous abordons les enfants polyhandicapés le plus souvent par le toucher. Nous sommes dans une proximité corporelle très proche avec ces patients, de l'ordre de l'espace intime établi par Edward T. HALL. Alors « *quelle distance mettre entre nous ? Ce « trop » loin pour moi est « trop » près pour lui* »⁵⁸. Dans les rapports que nous entretenons avec les autres, nous admettons tous un seuil critique où l'on considère que la personne est entrée dans notre espace intime. Chacun est différent et le degré minimum acceptable varie d'un individu à l'autre. Comment trouver la bonne distance ? En tant que psychomotricien, nous sommes à la recherche de cette distance ajustée et optimale. Une distance trop proche entre le corps du thérapeute et le corps de l'enfant pourrait provoquer des réactions défensives de fermeture chez ce dernier ce qui nuirait, de ce fait, à la recherche d'accordage. Avec

⁵⁸ MUNOZ G. (2003), Adultes polyhandicapés : quand la rencontre ne va pas de soi, Thérapies psychomotrices et recherches, n°133, P65

Edouard, je recherchais la distance en étant parfois trop loin ou parfois trop près. En mettant trop de distance, j'étais moi-même dans un retrait relationnel. En ne mettant pas assez de distance, j'avais parfois l'impression qu'Edouard m'appelait dans la fonction maternelle. Il est parfois difficile d'évaluer la bonne distance avec ces enfants pour lesquels la proximité est primordiale. C'est grâce à l'observation, la lecture attentive du corps de l'autre que l'on va commencer à percevoir peu à peu la distance adéquate : un sourire, un regard, un évitement peut nous indiquer comment nous ajuster. C'est en affinant notre lecture du corps que nous savons comment nous comporter avec l'enfant. Cela dépendra du moment, de notre capacité à rencontrer l'autre, à nous ajuster à ce qu'il nous manifeste que nous saurons qu'elle distance adopter. Les moments de portage, d'enveloppement et de corps à corps seront ainsi possible.

Une mise à distance psychique est également nécessaire, distance qui permettra de considérer l'autre comme un sujet à part entière, un sujet « capable de ». Voir l'autre, c'est s'individualiser. Etre finalement pleinement soi, face à quelqu'un, qui est pleinement lui. Il ne faut pas donc forcément être distant mais distinct de l'autre. La bonne distance relationnelle ainsi que l'empathie vont donc influencer sur la mise en place de l'accordage.

CONCLUSION

C'est à partir de l'observation attentive de l'autre, de la lecture de son corps, que le psychomotricien va commencer à travailler son ajustement avec l'enfant. L'observation des enfants polyhandicapés nécessite de la minutie et une grande disponibilité de la part du professionnel. Le polyhandicap fait peur, il met à mal toutes nos représentations car ce sont des enfants qui peuvent paraître abîmés, écorchés ou encore « anormaux ». Pour devenir disponible, un travail d'élaboration et de mise en sens de ses éprouvés est nécessaire dans cette recherche d'ajustement en particulier avec les enfants polyhandicapés. C'est en appui sur les propositions que l'on va faire, mais aussi sur ce travail d'élaboration que, peu à peu, l'enfant va construire sa sécurité interne et peut-être relâcher ses défenses. C'est en s'appuyant sur les qualités contenantes, sur les capacités d'empathie du psychomotricien, que le travail va pouvoir commencer. On retrouve cette contenance dans le toucher que va proposer le psychomotricien à l'enfant mais aussi dans sa manière de l'aborder, dans la voix, dans les regards, dans sa manière de le considérer comme « un autre capable de ».

L'enfant, dans le travail d'enveloppement et de portage, va ainsi pouvoir acquérir une sécurité interne stable lui permettant de se sentir exister. Ensuite, par cette notion de juste distance, le psychomotricien va petit à petit permettre à l'enfant de se différencier de lui, l'autre étant considéré comme un sujet bien distinct donc différencié. Je ne réduis pas la psychomotricité à ces trois capacités bien-sûr, mais je crois que c'est ce qui m'a permis de rencontrer Edouard, à la fois en moi, et à la fois en séance. C'est tout une élaboration qu'il a fallu mettre en place pour que, finalement, nous réussissions à nous rencontrer et à partager des moments d'interactions, pour lui permettre d'évoluer.

CONCLUSION

L'expérience clinique m'a démontrée que la pratique psychomotrice peut permettre de rencontrer, d'interagir avec l'enfant polyhandicapé. Dans un corps à corps, le psychomotricien peut s'ajuster à l'autre afin de créer l'espace de la rencontre. Il se doit d'être contenant par le toucher, la voix, pour fournir à l'enfant une sécurité de base nécessaire à son ouverture à l'autre. Par son attitude empathique, le psychomotricien va mettre du sens, des mots sur le vécu de la personne, afin qu'il acquiert une meilleure représentation de son être. Mais la rencontre n'est jamais acquise. Chacun est différent, chaque rencontre est différente. Il faut sans cesse la travailler, la penser, se réajuster afin de s'accorder au mieux avec l'autre. Alors, les expériences passées vont faire trace et, au fur et à mesure de la continuité des rencontres, un espace d'interaction peut se créer.

Ce mémoire de fin d'études et la réflexion que j'ai menée m'ont permis de me rendre compte combien l'observation attentive du corps de l'autre ainsi que les ressources théoriques servent d'appui à la clinique psychomotrice. Après, il est nécessaire de se « permettre de »...Se permettre de toucher le corps de l'autre, se permettre d'accueillir les représentations amenées par le patient, se permettre d'être dans une démarche de maternage, se permettre de vouloir entrer en lien et d'interagir avec l'autre...Pourquoi rechercher l'interaction ? En s'ouvrant à l'autre, la psychomotricité ne permet pas seulement une rencontre exclusive mais une rencontre avec le monde environnant. Edouard est dans une attitude d'ouverture : je le vois petit à petit ouvrir ses mains, il peut désormais tenir un objet. Le psychomotricien, dans cette recherche d'interaction va permettre à l'enfant polyhandicapé de s'ouvrir au monde extérieur, de le découvrir par petits bouts, de l'appréhender autrement afin de favoriser son investissement corporel. Source de pulsion de vie, sa volonté d'interagir mais aussi « d'agir sur » sera stimulée, ce qui assurera son sentiment d'exister.

Envisager la relation comme un processus d'entrée dans le monde est, à mon sens, un objectif primordial de la psychomotricité. Mais au-delà de cette pratique et en dehors des séances, qu'advient-il des progrès amenés par les prises en charge ? Comment le développement de l'enfant va-t-il être efficient dans son quotidien ? Il s'agira, lors de mes expériences futures, d'élargir ces questionnements. D'autant que, ces stages ont nourri ma pratique professionnelle et m'ont conforté dans mon choix d'exercer ce métier. Je suis toutefois consciente que je ne suis qu'aux prémices de ma pratique tant la clinique et la théorie psychomotrice sont riches et variées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Livres :

- ANZIEU D. (1995), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 2004.
- BRAZELTON T. Berry, (1983), *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*, ed Stock, 2009.
- BULLINGER A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Eres, 2007.
- KORFF-SAUSSE S. (1996), *Le Miroir Brisé*, Pluriel, 2010.
- LESAGE B. (2010), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Toulouse, Eres, 2012.
- MARCELLI D. (2006), *Les yeux dans les yeux*, Paris, Albin Michel, 2006.
- POTEL C. (2010), *Etre Psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Eres, 2013.
- ROBERT-OUVRAY S. (1996), *L'enfant tonique et sa mère*, Revigny sur Ornain, Hommes et Perspectives, 1996.
- WINNICOTT D. W., (1997), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2006.
- WINNICOTT D.W. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, folio essais, 2013.

Chapitre d'un livre collectif :

- BEKIER S., GUINOT M., Equipement et compétences du nourrisson, in ALBARET J-M, SCIALOM P., GIROMINI F., *Manuel d'enseignement de Psychomotricité tome 1*, Paris, De Boeck-Solal, 2011, p.83-102.
- AJURIAGUERRA J., L'organisation psychomotrice et ses troubles, in J. DE AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité vol 2, Paris, Papyrus, 2009, . p 325-368.
- MAZET P. STOLEUS S. (2003), Interactions parents-nourrissons, in MAZET P. STOLEUS S. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Développement et interactions précoces*, Paris, Masson, 2003, p 105-125.
- STERN D. (1997), Le processus de changement thérapeutique, in CICCONE A., GAUTHIER Y., GOLSE B., STERN D. *Naissance et développement de la vie psychique*, ERES, p 39-56.
- STOLEUS S. LEBOVICI S. (2004), L'interaction parent nourrisson, in LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M. *Nouveau traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrigé, p 319-339.

Article :

- AJURIAGUERRA de J., (1985), Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication, *Enfance*, N°2, p.265-277.
- BRUCHON M. (2004), Quand elle me prend dans ses bras...ou la fonction de contenance en thérapie psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°138.
- COLOMBIE B. (1999), Prise en charge psychomotrice de l'enfant infirme moteur d'origine cérébrale de 0 à 3 ans, *évolution psychomotrice*, vol 11, N°45, p132-144.

- FROHLICH A. (2001), La stimulation basale, Avancer ensemble dans la réalité sensorielle du monde.
- HAAG G. (2012), Le dos, le Regard et « La peau », Exposé en 1986 revu et complété en 2012.
- HAAG G. (2011), *Langage préverbal et émergence des représentations du corps, en situation psychanalytique individuelle ou groupale, avec des enfants autistes*, exposé en 1994, revu et complété en 2011.
- HAAG G. (2012), *Narrativité du langage corporel et narrativité du langage verbal*, Exposé au colloque international Histoires sans fins en 2003, mis à jour et complété en Septembre 2012, p 1-17.
- LACOMBE J. (2012), Le nouveau-né, in LACOMBE J *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans approche théorique et activités corporelles*, De Boeck, p 13-20.
- LESAGE B. (2000), Abord des personnes polyhandicapées, *Les cahiers de l'actif*, N° 286-287, p. 93-103.
- MUNOZ G. (2003), Adultes polyhandicapés : Quand la rencontre ne va pas de soi, *Thérapies psychomotrices et recherches*, N° 133, p 62-68.
- PAGANI M., (2005), Les autoagrippements : « à la recherche d'un sentiment continu d'exister ? », *Thérapies Psychomotrices et Recherches*, N°144.
- SARDA J. (2002), Le toucher en thérapie psychomotrice, *Enfances et Psy*, N°20, Eres, p 86-95.

Dictionnaire :

- Le Petit Robert de la langue française, année 2011.

Site internet :

- <http://gpf.asso.fr/>
- www.orpha.net

Vu par le maître de mémoire,
Mme Brigitte PORTIER, Psychomotricienne DE,
Au Mans, le 30/04/2015,

B. mi
—

RESUME

Edouard, un enfant polyhandicapé de 3 ans, me paraît impénétrable. Par une rencontre, un échange de regards, le dialogue s'installe, l'accordage devient possible... C'est à son contact que l'interaction avec l'enfant polyhandicapé deviendra le cœur de ce mémoire.

Les compétences innées du bébé et de la mère favorisent la mise en place des interactions précoces. Le polyhandicap, dont les atteintes sont nombreuses, va entraver ces interactions avec l'environnement. Avec quels outils le psychomotricien peut interagir avec ces enfants ? Qu'elles sont ses compétences ? Pourquoi rechercher l'interaction ?

Ce mémoire retrace le parcours mis en place avec Edouard dans un cheminement entre théorie et pratique.

Mots clés

Enfant polyhandicapé – rencontre – interactions précoces – accordage – toucher -
enveloppe