



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 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

**La psychomotricité pour mettre en forme le corps
du sujet polyhandicapé**

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

Par : Fabiola RICOT-MORGAND

Juin 2018

N° 1464

Directeur du Département Psychomotricité

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président de l'Université	M. le Professeur Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique	M. le Professeur Hamda BEN HADID
Vice-président du Conseil d'Administration	M. le Professeur Didier REVEL
Vice-président de la Commission Formation et Vie Universitaire	M. le Professeur Philippe CHEVALIER
Vice-président de la Commission Recherche	M. Fabrice VALLÉE
Directrice Générale des Services	Mme Dominique MARCHAND

COMPOSANTES - SANTÉ

Comité de Coordination des Études Médicales (C.C.E.M.)	Président : M. le Professeur P. COCHAT
Faculté de Médecine Lyon Est	Doyen : M. le Professeur G.RODE
Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud – Charles Mérieux	Doyenne : Mme la Professeure C. BURILLON
Faculté d'Odontologie	Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directrice : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation	Directeur : M. le Dr X. PERROT
Département de Formation et de Recherche en Biologie Humaine	Directrice : Mme la Professeure A-M. SCHOTT

COMPOSANTES ET DÉPARTEMENTS – SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. F. DE MARCHI
Département Biologie	Directeur : M. le Professeur F. THEVENARD
Département Chimie Biochimie	Directrice : Mme C. FELIX
Département GEP	Directeur : M. Hassan HAMMOURI
Département Informatique	Directeur : M. le Professeur S. AKKOUCHE
Département Mathématiques	Directeur : M. le Professeur G. TOMANOV
Département Mécanique	Directeur : M. le Professeur H. BEN HADID
Département Physique	Directeur : M. le Professeur J-C PLENET
UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives	Directeur : M. Y.VANPOULLE
Observatoire des Sciences de l'Univers de Lyon	Directrice : Mme. I. DANIEL
Polytech Lyon	Directeur : M. le Professeur E.PERRIN
Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique	Directeur : M. G. PIGNAULT
Institut Universitaire de Technologie de Lyon1	Directeur : M. le Professeur C. VITON
Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education	Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE
Institut de Science Financière et d'Assurances	Directeur : M. N. LEBOISNE

REMERCIEMENTS

Malgré l'énergie que mon mémoire m'a coûtée, il me semble qu'il m'a beaucoup apporté. J'ai appris à pousser mes observations et à m'appuyer sur mes ressentis. Ce travail est comme la conclusion de trois années de réflexion et de découverte de soi. J'espère apprendre encore beaucoup au fil de mes expériences de jeune professionnelle.

Je souhaite remercier Natacha Vignon, ma maître de mémoire, qui m'a été d'un soutien sans faille durant ma rédaction. Elle a su pousser mes réflexions et développer ma compréhension de ce qu'est la psychomotricité avec la clinique du polyhandicap.

Je souhaite remercier mes maîtres de stage qui m'ont fait évoluer cette année et ont accompagné mon positionnement clinique. Je me suis épanouie dans la bienveillance à leurs côtés.

Je remercie ma famille et Joris pour leur soutien indéfectible et la motivation qu'ils ont su me prodiguer. Ils ont cru en moi et m'ont donné le sourire chaque jour.

Je remercie mes amies, Jade et Servane, qui ont été un appui essentiel durant ces trois années. Nous nous sommes portées jusqu'au bout, dans le rire, les larmes et l'euphorie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE THEORIQUE.....	3
I) DEFINIR CE QU'EST LE POLYHANDICAP.....	4
A) Définition du handicap	4
B) Définition de la déficience intellectuelle.....	5
II) LA RENCONTRE AVEC LA PERSONNE POLYHANDICAPEE	6
A) L'enfant polyhandicapé et sa famille	6
(1) Le traumatisme de l'annonce du handicap à la naissance	6
(2) La rencontre avec leur enfant et la parentalité.....	8
(3) Les atteintes corporelles du polyhandicap.....	10
(4) La dépendance extrême et le risque de mort	11
B) La personne polyhandicapée et son soignant.....	12
(1) La rencontre entre le soignant et la personne polyhandicapée.....	12
(2) Actes opératoires et maltraitance.....	14
(3) Une incompatibilité de représentation.....	15
III) ANGOISSES PSYCHOCORPORELLES	16
A) Définitions des angoisses.....	16
B) Types d'angoisses	17
(1) Les angoisses de morcellement avec la persistance des agonies.....	17
(2)angoisse d'anéantissement et rupture dans l'éprouvé d'existence	18
(3)angoisse de liquéfaction	20
(4)angoisses d'intrusion et vidage.....	21
(5)angoisse d'effondrement.....	22
C) Moyens de lutte contre ces angoisses.....	23
(1) Automutilation, stéréotypies et autostimulation	23
(2) Agrippements auto-sensuels des stéréotypies.....	24
(3) Les procédés auto-calmands.....	25
(4) Rôle de l'adhésivité contre les angoisses catastrophiques.....	26
PARTIE CLINIQUE.....	28
I) LA MAS.....	29
A) Présentation de la structure.....	29
B) Présentation de l'équipe	29
C) Cadre des séances.....	30
D) Construction du projet individuel d'un résident.....	30
E) Les réunions pour penser le patient.....	31
F) Le psychomotricien en MAS	31
G) Ma place de stagiaire.....	32
II) PRESENTATION DU PATIENT	33
A) Description physique.....	33
B) Anamnèse	33
(1) Sa famille	33

(2) Parcours de vie	34
(3) Vie à la MAS.....	34
(4) Antécédents médicaux	35
(5) Traitement.....	36
C) Indication du soin.....	36
D) Observations psychomotrices	36
E) Projet de soin	38
F) Le dispositif de soin	38
III) LES SEANCES DE PSYCHOMOTRICITE.....	38
A) L'impact des rencontres	39
(1) Ma première rencontre avec Monsieur J.	39
(2) La crise d'épilepsie.....	42
(3) Le trajet.....	44
B) Des propositions de séances pour le chercher	47
(1) Un tonus et des appuis pour se tenir	47
(2) Le dialogue tonique pour se trouver	49
(3) Le matelas à eau dans la confusion.....	50
(4) Le hamac et mon changement de représentation	52
C) Comment je tente de mettre en forme le corps de Monsieur J.	54
D) Problématique de Monsieur J.	55
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE	57
I) LES ATTAQUES DE LA PENSEE.....	58
A) Une humanité qui ne va pas de soi.....	58
B) La capacité de rêverie du psychomotricien	60
II) PENSER A NOUVEAU ET SE RENCONTRER.....	62
A) L'élaboration en équipe pour débloquer sa capacité de rêverie.....	62
B) L'engagement corporel du psychomotricien	65
C) Le toucher	67
D) Dialogue tonique.....	68
E) La fonction miroir du psychomotricien.....	69
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE	72
RESUME.....	75

INTRODUCTION

J'ai fait un stage d'observation de deux semaines en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) durant la fin de ma deuxième année d'étude. J'ai souhaité m'initier à la psychomotricité dans cet établissement car je n'avais jamais été au contact de personnes polyhandicapées. Je n'avais eu que de brefs échos des stages que mes camarades avaient réalisés auprès de cette population. C'est par désir de m'ouvrir à une autre approche de la psychomotricité que j'ai souhaité aller dans ce type d'établissement. Je m'étais fait la représentation d'une approche qui touche à la sensorialité, au corps de l'autre. Et cela m'attirait. Je ne connaissais presque rien du polyhandicap, je n'avais jamais vu de personnes autistes, je n'avais jamais côtoyé de personnes déficientes intellectuelles. Je partais donc à l'inconnu.

Lors de mon stage précédent, ce qui m'avait marquée c'est combien la représentation que je me faisais d'une personne pouvait totalement changer lorsqu'enfin j'avais le sentiment de la découvrir. Un jeune homme me faisait particulièrement peur au début de mon stage. Petit à petit, à force de passer du temps avec lui sur différentes activités, j'ai découvert combien il avait de l'humour, qu'il avait peur sur le dos d'un cheval, qu'il pouvait se venter, qu'il partageait une complicité avec les professionnels de son unité... En somme, j'ai vu que nous avions des points communs et la rencontre a eu lieu. J'ai ensuite pu partager et être en lien avec lui. C'est après avoir pris conscience de cette surprise et de cette joie qui naissent de la complicité issue d'un lien créé avec une personne que j'ai souhaité faire mon stage de troisième année en MAS.

Lorsque je suis arrivée cette année dans la MAS de mon stage, j'ai aussi été marquée par l'angoisse perpétuelle que semblait éprouver certaines personnes polyhandicapées. J'étais choquée de voir le temps et l'énergie qu'elles dépensent pour lutter contre ce qui me paraît être des angoisses. J'ai vu un homme avec le visage déformé à force de s'être cogné le visage, un monsieur passer son temps accroché à une barre pour se balancer, un homme marcher toute la journée, un autre se cogner la tête sur son appui tête en criant... Ces personnes polyhandicapées semblent avoir une représentation d'elles-mêmes peu construite. Ainsi je

me suis posée la question suivante : **comment le psychomotricien peut-il favoriser le développement de la perception du corps chez une personne polyhandicapée afin d'amoinrir ses angoisses archaïques ?** Dans une première partie théorique, je commencerai donc par développer ce qu'est le polyhandicap. Dans une deuxième partie j'expliquerai combien et pourquoi la rencontre avec les personnes polyhandicapées est compliquée. Enfin, dans une dernière partie j'aborderai ce que sont les angoisses que je nomme psychocorporelles ou bien archaïques qui peuvent persister dans le polyhandicap et les moyens de lutte mis en place contre ces dernières. Dans la partie clinique, je détaillerai le suivi qui a été proposé à Monsieur J. afin de développer sa perception de lui-même tout en mettant en lumière les angoisses archaïques auxquelles il semblait en proie. Mon développement clinique traitera aussi de comment la rencontre avec Monsieur J. a pu avoir lieu et là où, au contraire, elle a échoué. Enfin, dans la partie théorico-clinique, j'évoquerai comment le polyhandicap fige la pensée alors que la rencontre est nécessaire pour élaborer le suivi du patient. J'expliquerai ensuite ce sur quoi je me suis appuyée afin de créer un lien avec Monsieur J. et d'autres personnes polyhandicapées pour les accompagner dans la mise en forme de leur corps.

Voyons maintenant pourquoi j'ai choisi Monsieur J. pour mon étude clinique. Au moment de choisir le patient dont je souhaitais parler, j'ai eu peur d'être submergée par l'ampleur des difficultés de cet homme. Il m'effrayait en se laissant tomber au sol quitte à se blesser ou à faire mal aux autres. J'avais le sentiment de ne pas avoir de prise sur lui. Il paraissait mu par son besoin de lutter contre des angoisses psycho-corporelles. C'est lorsque j'ai évoqué son cas avec ma maîtresse de mémoire que je me suis rendu compte que je comprenais peu Monsieur J. Et ce, malgré les nombreuses hypothèses cliniques que j'avais formulées à son sujet. C'est entre sidération et moments de rencontre que s'est déroulé ce suivi. Ainsi, j'ai eu envie de découvrir quels ont été mes appuis pour penser ce patient. J'ai réfléchi à comment le trouver pour qu'il découvre avec moi son corps solide, fermé, qui tient sur ses appuis, qui est soutenu par l'autre, qui bouge en sécurité.

PARTIE THÉORIQUE

I) Définir ce qu'est le polyhandicap

A) Définition du handicap

D'après la Loi n° 2005-102 (du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, s. d.), le handicap est défini comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Les définitions suivantes sont données par Philippe Scialom, Canchy-Giromini, & Albaret, (2015). Le plurihandicap est « l'association circonstancielle d'un ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles ».

Le surhandicap est, quant à lui, l'aggravation d'un handicap déjà présent étant donné les difficultés relationnelles qu'il engendre. Il peut, par exemple, être présent chez un enfant avec une déficience intellectuelle, qui reçoit des stimulations inadéquates en intensité et en fréquence, et a ainsi des troubles du comportement qui se développent.

Le polyhandicap est « un handicap grave, à expression multiple, avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. »

(Korff-Sausse, 2009) précise que le polyhandicap est l'association d'une « déficience tonico-motrice sévère et d'une déficience psycho-développementale sévère ». D'après elle, dans les trois quarts des cas, une déficience du fonctionnement électrique cérébral, et potentiellement des fonctions de base, alimentaire et respiratoire serait présente.

D'après (Juzeau, Vallée, Tisserand, & Pernes, 2010), les déficiences du polyhandicap sont dues à une atteinte anatomique et/ou fonctionnelle précoce et sévère de l'encéphale. Cette atteinte est non évolutive. Souvent, des troubles d'allure autistique et psychotique sont

associés. Des déficiences sensorielles sont aussi retrouvées chez les personnes polyhandicapées.

D'après une enquête réalisée sur 204 personnes polyhandicapées, dans 26% des cas, un diagnostic précis est absent. Quand le diagnostic de l'étiologie a pu être fait, on observe que la majeure partie des polyhandicaps sont dus à un accident anténatal : causes génétiques, syndromes génétiques, maladies métaboliques, malformations cérébrales, encéphalopathies progressives... L'origine du handicap peut venir de la période durant la grossesse : maladies infectieuses, toxiques endogènes ou exogènes, problèmes vasculaires, ischémiques ou hémorragiques. Des causes périnatales peuvent être retrouvées : anoxo-ischémie. Ainsi, l'encéphalopathie anoxo-ischémie ne représente que 10% des causes de polyhandicap. Les causes post-natales sont les traumatismes crâniens, infection du système nerveux central, mal convulsif et hyperthermie, anoxie post-natale...

B) Définition de la déficience intellectuelle

Le quotient intellectuel (QI) est le résultat standardisé d'un test psychométrique qui donne une mesure de l'intelligence humaine. La moyenne du QI dans la population générale est de 100.

Le retard mental correspond à un fonctionnement intellectuel général très en dessous de la moyenne, (American Psychiatric Association, Crocq, & Guelfi, 2004). Le QI est alors d'environ 70 ou en dessous.

Si le QI ne peut être calculé par un test standardisé, alors il est déduit par observation clinique du fonctionnement intellectuel. On parlera alors de forte présomption de retard mental.

Pour que le diagnostic de retard mental soit établi, un deuxième critère est nécessaire. Des déficits conjoints ou une altération du fonctionnement adaptatif tels que la communication, l'autonomie, la vie domestique et les aptitudes sociales doivent être observés.

Le dernier critère de diagnostic est le début avant l'âge de 18 ans.

Un retard mental léger correspond à un niveau de QI de 50 à 70 environ. Un retard mental moyen correspond à un QI de 35 à 55. Un retard mental grave correspond à un QI de 20 à 40. Je vais approfondir ce qu'est le retard mental profond car c'est le diagnostic retenu par le médecin pour Monsieur J., l'homme dont je parle dans ma partie clinique.

Le retard mental profond correspond à un niveau de QI inférieur à 20-25. Les enfants atteints de retard mental profond présentent des perturbations considérables des fonctions sensori-motrices. Cependant, un étayage important dès l'enfance pourrait leur permettre de développer leur autonomie, leurs capacités relationnelles et leur motricité.

II) La rencontre avec la personne polyhandicapée

A) L'enfant polyhandicapé et sa famille

(1) Le traumatisme de l'annonce du handicap à la naissance

D'après l'American Psychiatric Association, Crocq, & Guelfi, (2004), à sa naissance, l'enfant polyhandicapé creuse un gouffre entre l'enfant imaginaire, rêvé, idéal et l'enfant réel. Les parents vont devoir s'accommoder de leur culpabilité, de la blessure narcissique issue de cet enfant, revisiter leur « roman familial » et dépasser la monstruosité, le déni et le rejet qui sont souvent présents. Il se pourrait que les parents puissent finalement voir leur enfant comme « possiblement autre et sain », car au-delà des incapacités et des limites, ils ont aussi des possibilités.

L'enfant polyhandicapé met à mal la capacité de s'identifier à lui. Pour remédier au fossé qui les sépare et nouer une relation avec leur enfant, les parents ont besoin de s'appuyer sur la certitude qu'ils sont de la même « pâte humaine », (Zribi & Richard, 2013, p.59). Pourtant, il est très difficile de trouver des ressemblances entre soi et cet enfant. Une sorte de sidération s'installe qui nécessite d'être dépassée avec le temps, pour guider la croissance psychique

du tout-petit. Cela ne va bien sûr pas de soi. Il est nécessaire de s'adresser à cet enfant spécifiquement.

Korff-Sausse, (1996) développe cette idée de naissance qui fait traumatisme. Les parents, des années après la naissance de leur enfant, peuvent encore la détailler, et se souvenir de ce que les professionnels de santé leur ont dit de cet accouchement. Cela marque combien le traumatisme a été profond, et difficile à oublier. Les parents parlent facilement de la solitude qu'ils ont ressentie au moment de l'annonce du handicap de leur enfant. Ils pensaient que cela ne pouvait pas leur arriver, à eux. C'est une sidération qui s'installe, une absence totale de penser, une incapacité de parler. Les parents sont en état de choc. Ils ne se sentent pas accompagnés. Ils ont l'impression que le corps médical fuit le moment éprouvant de l'annonce. C'est cette solitude qui amplifie l'annonce du handicap. Il est aussi courant qu'un seul des parents soit informé en premier du handicap de son enfant. Il doit ensuite annoncer la nouvelle à son conjoint. Cela le met dans une situation extrêmement angoissante.

Korff-Sausse, (1996) propose au contraire de diviser la culpabilité en effectuant un partage des responsabilités au moment de l'annonce avec la présence des deux parents. Car, le fait d'annoncer le handicap à un premier parent, le pose seul, face à la responsabilité de cette naissance. Il sera le seul détenteur de la culpabilité. Cette culpabilité doit être partagée, sinon elle aura des conséquences très défavorables sur le devenir psychologique de la famille. Il est par exemple courant de constater que le parent qui assume toute la responsabilité de cette naissance aura un dévouement qualifié de masochiste à son enfant, ce qui lie ces deux êtres dans un tout indissoluble. De graves conséquences en découlent sur la vie de couple des parents.

La famille élargie va avoir un rôle prépondérant pour soutenir et accompagner le couple qui a reçu cette nouvelle déchirante. En effet, la présence des membres de cette famille va souvent les rendre impliqués tout au long de l'enfance du bébé handicapé, de manière plus accrue. Certaines familles ont tendance au contraire à avoir honte et à se replier sur elles-mêmes, à couper les liens. Dans ce cas-ci, c'est comme si toute relation extérieure était vécue comme persécutrice. Or, le rejet accentue le handicap.

Voyons maintenant plus en détail ce que Korff-Sausse, (1996) décrit des phénomènes observables chez les parents après l'annonce. Pour commencer, parlons de la sidération. Les parents qu'elle rencontre sont dans la stupeur. Ils n'arrivent pas, dans un premier temps à

comprendre ou à nommer le handicap de leur bébé. Elle observe parfois une impossibilité de penser qui se traduit par des manifestations somatiques ou un rejet de ce qui leur a été dit. Les parents décrivent comme des trous dans leur pensée, un black-out total. Ils ont du mal à voir un enfant dans leur bébé et à l'imaginer plus grand. Korff-Sausse assimile leur état à l'effet que faisait Méduse dans la mythologie grecque en pétrifiant les gens et les frappant de terreur. Comment peuvent-ils donc regarder leur enfant qui est un rappel permanent de son handicap et de la terreur que cela produit en eux ? Car leur enfant est marqué physiquement et ils ont du mal à se reconnaître en lui. Le moment de l'annonce est de l'ordre de l'irreprésentable car les seules images que les parents ont eues ont été oubliées par mesure de protection. Ces images étaient si insupportables qu'elles sont effacées de la conscience. Piégées dans l'inconscient, ces idées et ces images sont pourtant source d'angoisses difficilement maîtrisables parce que leur origine est introuvable. Le traumatisme de cette annonce provoque une fracture du psychisme qui essaye de se refermer mais suivra un processus de cicatrisation sans fin.

Avec la sidération, s'opère un arrêt du temps. Il est nécessaire d'aider les parents pour que le temps reprenne son cours, sinon rien ne bouge. L'enfant peut rester au statut d'enfant toute sa vie. La souffrance familiale a perduré sans pouvoir être allégée par un accompagnement. Aucun projet ne naît, aucune ouverture au monde, et la mère se sacrifie au profit de son enfant tandis que le père fuit. Les frères et sœurs oscillent entre des conduites de réparation et une indifférence feinte. Un avant et un après sont décrits par les familles, qui prennent conscience que cela peut leur arriver alors qu'elles pensaient que le handicap d'un enfant n'arrivait qu'aux autres. Au départ, les parents essaient de supporter et n'ont pas de demande. C'est plus tard, quand ils relâchent leur besoin de s'investir, qu'ils peuvent parler de leurs idées dépressives et de leurs angoisses, (Korff-Sausse, 1996).

(2) La rencontre avec leur enfant et la parentalité

D'après Juzeau et al., (2010), après le deuil de l'enfant imaginaire, le polyhandicap prend une place majeure dans la vie de l'enfant et de ses parents. Cela aura des conséquences sur la vie du couple parental et de la famille élargie (les grands-parents, oncles, tantes...). Différentes étapes vont se succéder à l'annonce du polyhandicap : le choc, la découverte avec le développement de l'enfant, des démarches multiples (dossier MDPH, services

médicaux pour les soins de l'enfant et fournisseur de matériel adapté, par exemple). La famille rencontre donc une multitude de professionnels du milieu médico-social. Malgré leurs nombreux accompagnants, la famille rencontre beaucoup de difficultés, notamment en lien avec le temps : de longues journées, de longues nuits. Ils apprennent au fur et à mesure les gestes techniques pour déplacer, porter, nourrir, habiller, soigner leur enfant et lui donner ses médicaments. Cela demande beaucoup de temps et d'énergie, et le quotidien banal dans une famille ordinaire devient problématique quand on a un enfant polyhandicapé. D'autant plus que les parents doivent aussi s'occuper du reste de la fratrie. Le quotidien éreintant a des répercussions sur la vie de couple des parents. Ils ont le sentiment que cela n'en finit jamais. Cependant, la naissance de cet enfant est aussi source d'un amour immense et de moments de bonheur partagé.

Les parents vont aussi se questionner sur l'avenir de leur enfant une fois adulte, sur sa place dans la société. C'est alors que la question de la garde à domicile ou de l'institution se pose. Les parents ont donc de grandes inquiétudes. Ils vont avoir besoin d'accompagnement pour réfléchir à ces questions.

Le risque, dû au temps que prennent les actes de la vie quotidienne, est le repli sur soi de la famille, le manque de liens sociaux. Parfois, les amis se font rares face aux aménagements que nécessite la présence de l'enfant polyhandicapé, (Juzeau et al., 2010).

Ciccione, Korff-Sausse, & Scelles, (2007) développent une autre phase de la parentalité avec un enfant atteint d'un handicap grave. Une honte naît à l'arrivée de l'enfant. Les parents ont même honte d'avoir ce sentiment. Elle peut aussi apparaître lorsque la mère a de nouveau du désir envers l'homme qui partage sa vie. À la naissance de l'enfant, les parents voient souvent leur vie sexuelle s'éteindre et lorsque celle-ci se réveille, cela est difficile pour eux. Le handicap attaque le sentiment d'humanité. Comment avoir du désir pour son conjoint alors qu'on a donné naissance à un enfant abîmé ? Les parents ont aussi une blessure narcissique car ils ont donné naissance à un enfant handicapé et cela leur crée un sentiment d'embarras profond. La continuité identitaire est brisée avec un enfant différent de sa communauté.

À la naissance d'un enfant handicapé, il est souvent possible d'observer de la jouissance dans un lien symbiotique entre la mère et l'enfant, mais potentiellement aussi entre un autre parent et l'enfant. Cette symbiose secondaire serait une tentative de retrouvailles de cette

illusion primaire de deux êtres en un. Elle permet au parent, dans cette symbiose, de lutter contre le retour des effets désintégrateurs dû à l'expérience traumatique de l'altérité. Le fantasme du parent est alors de réintroduire l'enfant dans le ventre maternel pour le réparer, reconstruire le narcissisme de la famille mis à mal. Les fantasmes incestueux sont réactivés et l'enfant devient l'enfant de la faute et de la honte, comme punition du désir coupable. Ainsi, la naissance de cet enfant comme punition autorise désormais la transgression (le meurtre ou le sexuel). Le lien symbiotique vient éponger, lorsqu'il apparaît, le désir incestueux et permet d'éviter cette faute de l'inceste. Il enfouit donc la jouissance et garde secret les désirs incestueux du parent. Dans le travail de la honte on traitera donc les désirs incestueux, désirs meurtriers et infanticides, la haine, (Ciccone et al., 2007).

(3) Les atteintes corporelles du polyhandicap

D'après Patte, Porte, & Schifano, (2014), les pathologies les plus présentes dans le polyhandicap sont l'atteinte quadriparétique (quadriplégie avec paralysie des membres et quadriparésie avec paralysie légère et incomplète des membres avec diminution de la force) et la spasticité. Ces pathologies vont non seulement avoir des conséquences fonctionnelles mais aussi entraîner de la douleur. Une prise en charge de la douleur devra être faite. Les enfants polyhandicapés peuvent avoir des déformations évolutives du rachis et des membres. Toute sa vie, la personne polyhandicapée aura un suivi orthopédique afin de ralentir la progression des déformations. Des rétractions arrivent avec le temps. Des luxations de hanche sont fréquemment rencontrées et doivent être suivies dans leur évolution. L'arthrose prématurée de hanche est retrouvée dans le polyhandicap. Une scoliose thoraco-lombaire est fréquente et évolutive. Elle a des conséquences sur le pronostic vital de la personne polyhandicapée. Il n'y a pas de traitement préventif pour limiter la scoliose, même le corset ne fait que diminuer la progression. Son évolution est inéluctable. Ainsi, des arthrodèses rachidiennes sont proposées assez tôt pour éviter les complications respiratoires et/ou cardiaques.

Les troubles de la déglutition et les fausses-routes sont silencieuses et doivent être surveillées. Afin de prévenir une infection pulmonaire, le positionnement, le désencombrement, la prévention des fausses-routes, le traitement des reflux œsophagien, les vaccins et la kinésithérapie respiratoire sont nécessaires.

Tout au long de sa vie, la personne polyhandicapée va donc avoir besoin de soins médicaux. Cependant, les déformations vont s'accroître, le repli autistique va être de plus en plus présent et les stéréotypies vont être plus visibles. Le parent est alors face à de plus en plus d'altérité. L'écart se creuse entre lui et son enfant. Il se reconnaît de moins en moins en lui. Les atteintes corporelles du polyhandicap participent également à la continuation du traumatisme de la naissance. Les parents voient chaque jour le corps de leur enfant comme un rappel de leur traumatisme et de leur culpabilité. Il est alors important qu'ils puissent être accompagnés dans leur rencontre et que la violence, la culpabilité et la haine que le handicap suscite puissent être entendues.

(4) La dépendance extrême et le risque de mort

D'après Zribi & Richard, (2013), la dépendance n'est autre que l'opposé de l'autonomie, qui elle, est la liberté de penser et d'agir. Ils reprennent Freud en disant que c'est la répétition du sentiment de « désaide » du bébé et des premières interactions entre le monde interne et externe, entre soi et autrui.

Le sujet handicapé nécessite une aide rapprochée afin qu'il puisse garder une qualité de vie. Ceci se fait à son insu, car il ignore parfois pour toujours la distinction entre lui-même et son environnement. C'est une des causes de sa dépendance. La personne polyhandicapée ne s'accomplit pas totalement comme sujet, car cela nécessite d'être une personne différenciée, de se reconnaître dans la glace, de pouvoir exprimer sa volonté.

Du fait de cette grande dépendance de leur enfant, les parents sont aussi dans une dépendance extrême car ils sont conscients de leur importance pour sa survie. En effet, le risque, si les parents ne s'occupent pas de cet enfant, est la mort. Il a besoin de leur aide pour se nourrir, pour se laver, s'amuser, avoir des liens sociaux, suivre des soins... Les parents jouent aussi un rôle de pare-excitation pour leur enfant, et de séparation entre lui et sa figure maternelle (fin de la symbiose primaire).

Aussi, on peut dire qu'ils dépendent les uns des autres car ils doivent apprendre à collaborer entre eux.

J'ajoute aussi que le soignant sera également confronté à ce risque de mort. Il prend soin de la personne polyhandicapée au quotidien et parfois, la peur de voir ou de faire mourir la personne est présente. Tout comme les parents, les soignants ont la responsabilité des personnes dont ils s'occupent. Le polyhandicap rend fragile ou donne à voir une fragilité apparente avec les troubles respiratoires, le risque de fausse-route lors des repas, le risque de chute dû à la motricité limitée ou un handicap sensoriel... Le soignant peut donc vivre avec la peur de voir ou de causer la mort de celui dont il prend soin. Je pense que c'est une des raisons pour lesquelles les actes de soin peuvent devenir opératoires et même maltraitants. Les soignants, trop inquiets de ce qui pourrait advenir de cette personne dont ils ont la « charge » peuvent se couper de leurs ressentis afin de se protéger.

B) La personne polyhandicapée et son soignant

(1) La rencontre entre le soignant et la personne polyhandicapée

Korff-Sausse, (1996) traite de cette rencontre entre le soignant et l'enfant polyhandicapé. D'après elle, il faut changer de repères afin de pouvoir imaginer la signification des balbutiements, vocalises, gestes saccadés, tremblements et/ou parole hésitante de ces enfants. Pendant ces rencontres, elle s'interroge sur les possibilités d'actions. Elle cherche donc les déficiences, les bénéfices secondaires qu'ils tirent parfois de leur dépendance, l'agressivité et les revendications qu'ils veulent exprimer. En d'autres termes, elle s'attache à leur personnalité, à ce qui fait souffrance chez eux, sans pour autant les rendre victimes. Elle essaye de comprendre ce qu'ils ont à nous dire, d'autant plus que ces enfants sont peu entendus. Avec eux, il faut aller au-delà du langage verbal, parfois même au-delà de l'apparente absence d'émotion et du mutisme sous-tendu par trop de souffrance. Il est nécessaire de se laisser guider par la personne polyhandicapée, sans trop s'attacher à la théorie, éviter les généralités car cela l'enferme dans une case et laisse peu de place à l'individualité. D'après Korff-Sausse, (1996, p.17) « Il y a toujours quelque chose qui se dit, même dans le silence, et il y a toujours quelque chose à comprendre, même dans l'absurde. Ce serait comme un voyage qu'il faudrait aborder avec un authentique esprit de voyageurs,

c'est-à-dire d'ouverture, d'absence de préjugés, de disponibilité ». Je dirais qu'il faut se laisser surprendre, sans trop en attendre. Finalement, les personnes polyhandicapées ne sont pas des êtres à réparer, incomplets. Ils peuvent nous faire partager l'expérience de leur existence singulière.

Munoz, (2002) aborde un autre versant de cette rencontre, celui de la violence de la rencontre, de la sidération de notre capacité à penser et de notre difficulté à côtoyer cette population. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, il est possible d'avoir du mal à s'identifier à une personne polyhandicapée, du fait d'une si grande différence. Ce que donne à voir les personnes polyhandicapées de leur corps, ce sont des déformations, des corps tordus, parfois même mutilés, avec de nombreux appareillages. Ce sont des personnes qui ont des moyens de communiquer réduits. Le langage est très peu présent et le regard aussi. Dans les structures qui accueillent des personnes adultes polyhandicapées, existent les cris, le bruit, la bave, les odeurs fortes. Tout cela fait violence et intruse. Nous sommes loin de la représentation de l'être humain lors de ces premières rencontres. Des représentations animales, végétales, inanimées ou mortifères, plus proches du monstrueux (appartenance au registre du fantastique) naissent. Le terme « figure du monstre » est utilisé afin de parler du non-humain de ces représentations. Ces représentations sont du matériel clinique avec lequel travailler pour élaborer un soin en psychomotricité. Munoz, à sa première rencontre avec des personnes polyhandicapées, avait ressenti de l'agressivité face à la manière dont le personnel s'occupait de ces personnes. Il s'est ensuite demandé si ce n'est pas une manière de détourner le regard des personnes polyhandicapées pour s'attacher à comment on s'occupe d'elles. Parce que la vue de ces personnes est vécue comme une violence. Leur appartenance à l'Humanité n'est pas évidente. L'auteur estime qu'elle doit être assimilée comme étant un sentiment profond et non pas appliquée comme une vérité générale. Et, appliquer cela comme une vérité générale dissimulerait le fait que l'on essaye d'intégrer cette notion sans pour autant la ressentir au plus profond de soi.

C'est ce travail, lors de chaque nouvelle rencontre, que le soignant et le personnel va devoir faire, car la figure du monstre attaque nos représentations avec la répétition d'un quotidien difficile. Cette clinique met le personnel et les soignants face à des fantasmes de morcellement (partir en morceaux), de fusion-dévoration (être si proche de la personne polyhandicapée que l'on fusionne), de contagion, d'une sexualité monstrueuse (pour donner naissance à un tel être), d'impuissance ou encore de toute-puissance. Ce serait la

ressemblance avec la personne polyhandicapée qui peut mettre à mal la rencontre, et non la différence. Cela effraie. De plus, cette clinique convoque les psychomotriciens et les équipes du quotidien du côté de l'archaïque. Il faut alors trouver comment aller rencontrer la personne du côté de cet archaïsme (le tonus, le toucher, le poids, la peau, le regard, le souffle, la respiration...) alors que cela réveille chez nous des angoisses de la petite enfance. Cette manière d'entrer en relation nous amène aussi du côté de l'intime, là où nous sommes fragiles.

(2) Actes opératoires et maltraitance

D'après Zribi & Richard, (2013) ce que l'on voit forcément chez l'enfant polyhandicapé c'est son absence apparente de langage et son aspect général. Spontanément nous allons donc nous appuyer sur des modèles théoriques de compréhension ou bien accepter la situation présente dans toute son inconnue. Aussi, c'est le lien entre le corps du soignant et le corps de la personne polyhandicapée qui est sollicité. Tout dans le corps semble confondu, exempt de sens, désespérant ou impossible. Il est alors indispensable de trouver le moyen de sortir de cette impasse afin de réussir à communiquer ensemble et donc se rencontrer.

De cette façon, l'enfant va mobiliser nos défenses (procédés psychiques de mise à distance des menaces). Quelques modes de défense comme : le refoulement, la régression, la projection, l'annulation, le renversement, le clivage, le déni, peuvent être utilisés. L'idéalisation ou la sublimation peuvent aussi apparaître. Le quotidien des parents et des soignants auprès de la personne polyhandicapée témoigne de la présence de ces défenses. On retrouve également des défenses telles que la banalisation (elle privilégie la souffrance physique à la souffrance psychique, et n'attribue aucun sens aux réactions du sujet), la rationalisation (discours savant, technique, assez rééducatif...), l'évitement (fuite de la relation), dérision, identification projective (identification au patient qui amène à confondre ses difficultés avec les siennes). À la suite de la mise en place de ces mécanismes, des passages à l'acte, du clivage institutionnel, une lassitude, une démission ou encore un burn-out sont possibles chez les professionnels de l'établissement.

Prendre soin de la personne polyhandicapée en se coupant de ses sensations et en agissant avec des actes opératoires peut donc être un moyen de se protéger de la violence que nous fait vivre le polyhandicap.

Korff-Sausse, (1996) aussi explique la manière dont peut s'installer la maltraitance en institution. La dépendance et la vulnérabilité de ce public encouragerait les tendances perverses. L'enfant prend un plaisir masochiste à se faire manipuler tandis que l'adulte prend un plaisir sadique à le manipuler. L'enfant très lourdement handicapé peut ainsi avoir cette disposition à se mettre dans des positions de victime, et les enfants non-déficients, dans celles de bourreaux. Il est possible de voir des enfants handicapés maltraités ou bien ignorés qui n'expriment pas de protestation. Korff-Sausse se demande si ce renoncement à résister aux autres n'induit pas des comportements agressifs à leur égard. La passivité et la faiblesse peuvent exciter l'agressivité d'autrui qui vit cette faiblesse comme une agression. La déformation du corps des personnes polyhandicapées provoque des attitudes ambivalentes : « attirance et dégoût, rejet et séduction, compassion et agressivité, pitié et sadisme », (Korff-Sausse, 1996, p.138). Il semblerait qu'horreur et fascination soient mêlées. La sexualité des personnes handicapées suscite un grand effroi car l'idée d'un rapprochement sexuel avec un être touché par une anomalie est insupportable. Il faut alors éviter toute attirance pour cette personne afin de se protéger. Il est donc possible que le même procédé puisse s'installer entre un adulte polyhandicapé et son soignant.

(3) Une incompatibilité de représentation

D'après Fustier, (1996), le travail d'accompagnement des personnes adultes handicapées mentales en institution pose un problème. Les professionnels ont difficilement de la considération pour un adulte handicapé alors qu'il a tendance à nous amener du côté de l'enfance. Il semblerait que la présence de ces deux champs mêlés soit incompatible alors qu'elle concerne la même personne. Or, la personne handicapée possède la caractéristique d'être adulte tout en ayant des caractéristiques du champ de l'enfance. L'un des deux champs a donc tendance à remplacer l'autre, tout comme A remplace B. Fustier rappelle à titre d'exemple l'ancien diagnostique pédopsychiatrique d'enfant pervers qui montre un de ces systèmes d'incompatibilité. Les caractéristiques psychologiques du « pervers » n'étaient pas compatibles avec les caractéristiques de l'enfant, car pervers signifie diabolique, inhumain

ou odieux. Ainsi, la représentation d'un monstre a totalement remplacé l'enfant, qui a ensuite été perçu, non plus comme un enfant, mais comme un monstre inhumain. Le film de Malle, (1987) le montre bien : la Gestapo pouvait arrêter et tuer des enfants, car dans leur représentation, un enfant juif n'était plus un enfant mais un monstre. La représentation d'un enfant juif et d'un monstre est incompatible. Donc le monstre a remplacé l'enfant juif pour résoudre cette impossible équation.

Dans la même idée, les professionnels qui s'occupent d'adultes handicapés mentaux sont face à cette incompatibilité de représentation entre un adulte et un handicapé mental. L'un entraîne la disparition de l'autre. Si le soignant sent avoir affaire à un adulte, alors il aura tendance à ne pas garder la représentation du handicap. Si au contraire, le soignant a l'impression d'avoir affaire à un handicapé mental pendant les soins, la représentation d'un enfant handicapé se substituera à celle d'un adulte. Ainsi, Fustier prend pour exemple les repas au cours desquels des professionnels pouvaient boire du vin tandis que les résidents non. Il en était de même pour le café. Sous couvert de ne pas vouloir exciter les personnes handicapées mentales, les professionnels ne voulaient pas leur en donner. Nous pouvons nous demander s'ils ne se représentent pas ces personnes adultes handicapées comme des enfants.

III)angoisses psychocorporelles

A) Définitions des angoisses

D'après Pireyre & Delion, (2015), ce sont des angoisses qui peuvent être retrouvées à tous les âges dans la pathologie. Elles peuvent être le quotidien des personnes les plus malades et devenir très invalidantes. Ces angoisses sont présentes chez le nourrisson et tout au long de la vie mais sont pathologiques dans la psychose ou l'autisme où leur retentissement est souvent considérable. Ainsi, on les retrouve en psychiatrie et de manière plus minime dans la population générale. On parle d'angoisses archaïques car elles sont présentes très tôt dans le développement du nourrisson. Comme le développe (Roussillon, 2001) dans la suite de mon écrit, ces angoisses sont présentes chez le bébé quand il est dans une situation traumatique où trop d'excitations internes et/ou externes ne peuvent être symbolisées du fait

d'un moi encore trop immature. Pireyre poursuit avec l'idée que dans un développement classique, elles sont surmontées au cours du développement, mais que le sujet ne les oublie pas totalement. Elles restent présentes sous forme de traces.

La séance de psychomotricité peut être un cadre dans lequel le patient va jouer ou rejouer des éprouvés corporels liés à la présence d'angoisses archaïques. Elles sont visibles dans les moyens de lutte qui sont mis en place pour lutter contre celles-ci. Il est donc intéressant de repérer les agrippements et les autostimulations des personnes polyhandicapées.

Voyons maintenant, d'après différents auteurs quelle compréhension nous pouvons avoir de ces angoisses et de leur manière de s'exprimer à travers le corps. J'ai pu repérer que les auteurs ne décrivaient pas tous les mêmes angoisses et leur mode d'apparition. Ainsi, j'ai choisis de retenir un auteur par angoisse avec sa vision des choses.

B) Types d'angoisses

(1) Les angoisses de morcellement avec la persistance des agonies

L'angoisse-débordement porte, d'après (Roussillon, 2001), sur l'organisation du moi. C'est une angoisse qui est majeure et sans délai. Elle a déjà eu lieu mais est réactivée dans le présent car elle n'a pu être symbolisée. Le sujet s'est trop coupé à l'époque de ce qu'il vivait pour se protéger. L'angoisse est liée au fait que la montée de l'excitation pulsionnelle venant de l'environnement n'a pu subir un travail de liaison, structurant pour le moi. L'angoisse-débordement doit devenir une angoisse signal d'alarme afin d'être structurante pour le moi. Pour cela, il faut une réduction de l'intensité de cette angoisse, qui signale la venue d'un déplaisir.

Le concept d'agonie qu'il reprend de Winnicott intervient face à « une faillite de l'organisation représentative ». L'agonie est un état au-delà de la détresse, une expérience de déplaisir et de tension sans représentation. Cette expérience traumatique confronterait l'individu à une souffrance psychique de l'ordre de la mort psychique. Il y a eu effraction de la pare-excitation et aucun filtre pour diminuer quantitativement l'intrusion. Le moi était trop immature et aucune élaboration ne pourra en découler. Du fait de cette immaturité du moi,

l'expérience archaïque primitive vécue ne deviendra pas un signal d'alarme, structurant pour le moi. L'agonie est sans fin car la personne n'est pas située dans le temps.

Voyons maintenant plus en détail certains modes de défense face à une expérience agonistique d'après Roussillon. Si l'expérience d'agonie a été la rencontre avec le vide psychique, c'est-à-dire que le sujet n'a pas connu de réponse de l'objet à ses mouvements psychique, alors il peut mettre en place un vide contrôlé. Ne pas manger ou ne pas apprendre sont des défenses de ce type. Face au morcellement du moi, le sujet peut mettre en place une défense contre l'expérience de fragmentation ou de morcellement.

Il existe aussi, d'après Roussillon un mode de retrait de l'expérience agonistique par retrait d'investissement. « Le lien est attaqué et détruit pour ne pas risquer d'être investi et perdu », (Roussillon, 2001, p.73). Or cette deuxième technique sidère à la base la capacité de transformer un jour cette expérience en signal d'alarme organisateur du moi. Le mode de défense par retournement passif/actif est quant à lui plus positif car une certaine emprise sur l'expérience a lieu.

Le problème avec une défense est qu'elle a beau diminuer la souffrance de l'expérience, la défense « efface son historicité et sa causalité (...) et du même coup en rend l'organisation en signal d'alarme difficile ». La défense est devenue permanente et ne conduit pas à une réduction d'intensité. C'est la thérapie qui va accompagner l'individu à l'élaboration progressive.

De ce que j'ai compris, le morcellement serait la sensation de partir en morceaux, de sentir les parties de son corps se disperser.

(2) Angoisse d'anéantissement et rupture dans l'éprouvé d'existence

Korff-Sausse, (2009) développe le concept d'éprouvé archaïque d'existence qui est une soif d'existence. C'est en répondant à cette soif que va naître le premier éprouvé d'existence. Si cette soif n'est pas assez présente ou n'est pas assouvie, alors un éprouvé d'anéantissement peut émerger. Celui-ci s'accompagne d'angoisses archaïques qui sont des **angoisses corporelles majeures**. Elles peuvent être des « manifestations toniques exacerbées,

manifestations vasomotrices intenses, émissions vocales en jets [...] accompagnées de fluctuations de la vigilance ». Dans la journée, l'individu qui subit ces angoisses archaïques peut avoir des périodes d'hypovigilance. L'alternance des rythmes veille-sommeil est potentiellement compliquée à acquérir.

L'éprouvé d'existence archaïque correspond, en somme, à sentir de l'existence sans existant. C'est penser « il y a », avec une dimension spatiale et inscrite dans le temps. Korff-Sausse développe les propos de Bick au sujet du développement précoce de l'enfant. D'après cette dernière, le développement précoce correspondrait à une lutte pour survivre. Pour cela, l'unique moyen est de coller et d'adhérer. En effet, il n'y a pas d'autre objet, donc l'enfant s'agrippe à l'autre pour ne pas tomber en morceau. L'unité naît de ce collage qui fait lien entre les différents morceaux et permet l'émergence de l'identité. C'est la répétition des soins corporels et psychiques qui va assurer la stabilité de l'éprouvé d'existence archaïque. Il faut passer à un éprouvé primitif d'existence pour que l'angoisse d'anéantissement soit enfouie.

Dans de bonnes conditions, l'éprouvé archaïque d'existence laissera place à un éprouvé primitif d'existence qui correspond à sentir que « quelque chose existe ». C'est l'apparition de contenus perceptivo-sensoriels, émotionnels et mnésiques qui le caractérise. Ces contenus de pensées archaïques ont une emprise sur la trame temporo-spatiale de l'existence. Un moi et un objet archaïque existent désormais aux yeux du sujet. On passe de l'existence sans existant à un existant instable. Le moi n'a pas encore durablement de frontières et le moi et le monde sont donc encore indistincts. Il y a quelques moments où la perception du moi s'intensifie. L'enfant classique va vivre des moments où il est en morceaux du fait de sa sensation d'exister instable, mais cela est supportable s'il peut se rassembler de temps en temps.

C'est avec le mantèlement des sensations que va se développer la stabilité de l'éprouvé primitif d'existence. Il faut que différentes sensations simultanées provenant d'une même origine soient liées. Ainsi, il y a perception transmodale d'une source commune des sensations.

Si un état ou l'environnement est défavorable est vécu, alors l'éprouvé d'existence peut être joint à des **angoisses de morcellement** qui correspondent à la perte de l'unité corporelle et psychique en train de naître.

Dans un développement classique, l'individu passera par les étapes qui suivent. Si les conditions sont bonnes, l'individu passera à un éprouvé d'existence entitaire. Le moi et l'objet archaïque deviennent un proto-moi et un proto-objet. Ils correspondent à l'apparition « d'une réalité objectale, personnelle et psychique, propre à l'objet et au moi aboutis », (Korff-Sausse, 2009, p.38). Le sujet éprouve maintenant l'existence avec une stabilité. Il se sent exister, perçoit l'existence d'êtres unitaires et plutôt stables. L'éprouvé d'existence entitaire possède une durée, il est continu et permet une vie psychique en devenir. Il a aussi une composante spatiale. En effet, il est corporel. Les excitations passent par le corps. Pour que les sensations perçues puissent être assimilées par le sujet, un système de pare-excitation efficace doit être en place. Ce système de protection contre un surplus d'excitation vient de l'alternance entre des temps de vigilance et d'hypovigilance et des fonctions de filtre des parents. C'est grâce à cet équilibre que l'appareil psychique du bébé peut fonctionner.

Ensuite, vient l'éprouvé d'existence identitaire. Des existences en permanence existent telles que : un Moi qui éprouve et un monde qui est éprouvé. « Il y a Je qui entend qu'il y a untel qui parle », (Korff-Sausse, 2009, p.40).

Une alternance se crée toujours entre le stade actuel et celui d'avant ou celui d'après. Au stade I de polyhandicap, un éprouvé d'existence archaïque alterne avec des angoisses d'anéantissement qui disparaissent. Le temps de ces alternances chez la personne polyhandicapée dépend de son état et de l'environnement, qui vont solliciter des mécanismes adaptatifs. Une personne polyhandicapée peut rester bloquée à l'un de ces stades d'éprouvé d'existence pas très construit, et vivre des angoisses d'anéantissement ou de morcellement.

(3) Angoisse de liquéfaction

Pireyre & Delion, (2015) exposent une théorie sur les angoisses de liquéfaction. Quand le bébé a construit une enveloppe psychique et physique assez contenante, alors il a des angoisses de liquéfaction. L'éprouvé serait se répandre ou s'écouler. Pireyre cite l'exemple de la soignante qui vide l'eau du bain alors que l'enfant est encore dans la baignoire et que celui-ci cherche alors à s'agripper de ses mains à quelque chose. L'idée serait que l'enfant a eu alors l'impression terrible de pouvoir s'écouler avec l'eau du bain par le siphon. La peau, comme enveloppe psychique et physique est en cours de construction mais reste fragile et pourrait se dissoudre.

Elles sont parfois observables aussi chez les autistes. Un enfant peut avoir peur, par exemple, que le savon dissolve sa peau de la même manière que son doigt dissout celui-ci avec de l'eau.

(4) Angoisses d'intrusion et vidage

Montani & Ruffiot, (2009) développent ce qu'est l'angoisse de vidage dans une clinique de la personne âgée. L'image du corps semble perforable. Chez le patient dément, il semblerait qu'un processus de vidage psychique ait lieu, peut-être associé à un défaut de pare-excitation et de contenance. Une déliaison psychique a lieu. Nous pouvons donc nous demander ce qu'il en est de la qualité de représentation du contenant corporel dans ces conditions. L'angoisse ressentie est la perte de soi. Les auteurs repèrent une défaillance de la représentation de l'axe du corps chez un patient avec des angoisses de vidage alors que, d'après Ciccone, celui-ci est un objet interne support. Le moi-peau est alors trop peu contenant, fragile et semble se percer. La fonction de maintenance, de contenance et de pare-excitation n'est plus assurée. Le patient lutte contre cette angoisse de vidage en s'accrochant à certains souvenirs marquants de son histoire. Des recherches de contenance corporelle et sensorielle peuvent aussi être trouvées afin de recréer une peau psychique et une image du corps sécurisante. Par exemple, une recherche parfois stéréotypée des cicatrices du corps peut être repérée avec le récit de l'histoire la concernant.

Afin de colmater les brèches dans leur moi-peau, des personnes démentes peuvent s'accrocher à des objets matériels de façon ritualisée, car ils leur donnent de la contenance. Ils investissent cet objet sur un mode affectif. Une accroche à la sensorialité de leur corps peut être présente afin de limiter l'angoisse, avec des postures et mimiques évoquant une seconde peau (sourires figés, grimaces stéréotypées, repli corporel...) qui insiste sur le fait de sentir son corps. Des autostimulations comme des caresses ou des grattages peuvent être visibles afin de donner de l'auto-contenance. Je fais le lien avec la clinique du polyhandicap qui montre des similitudes quant aux moyens de lutte contre les angoisses utilisées. Il est possible que ces angoisses liées au Moi-peau soient aussi présentes chez les personnes polyhandicapées. En effet, l'auteur qui suit repère ces angoisses chez des personnes autistes. Or, certaines personnes polyhandicapées présentent une allure autistique ou une construction psychique sur un pôle d'organisation psychotique.

(5) Angoisse d'effondrement

Pireyre & Delion, (2015) émettent l'hypothèse que l'angoisse d'effondrement viendrait avec la perception de la pesanteur, à la naissance, qui attire vers le sol. Ils différencient l'angoisse d'effondrement de l'angoisse de chute, dont je parlerai plus tard. L'angoisse d'effondrement est visible à travers les agrippements du bébé. Lors de moments anxiogènes tels que la séparation ou la sortie du bain, le bébé s'agrippe physiquement et sensoriellement (à une lumière, à un bruit, une sensation vestibulaire...), s'agrippe à l'autre ou une partie de lui-même. Ce sont des moyens de lutte contre des angoisses d'effondrement et de chute sans fin.

Dans la pathologie psychiatrique, des agrippements de la même sorte sont retrouvés. Un enfant en proie à cette angoisse peut avoir peur de sauter d'une hauteur, mal vivre les moments de relâchement toniques, être en difficulté face à ce que lui font vivre les jeux nécessitant un équilibre ou avoir peur de grimper.

Pireyre explique les propos de Winnicott autour de la crainte de l'effondrement. Quand l'environnement ne permet pas au bébé d'éprouver de manière supportable l'effondrement alors il organise des défenses contre la possibilité de revivre cette expérience. C'est là que naît l'angoisse d'effondrement. Cette angoisse est présente quand le « moi » et le « non-moi » ne sont pas encore différenciés chez l'individu. L'effondrement a déjà eu lieu et le sujet va éviter de le revivre. C'est uniquement quand cette séparation du moi et du non-moi aura lieu que pourront rester des traces mémorisables de cette expérience et ainsi intégrer cette expérience. Je pense que certaines personnes polyhandicapées n'ont justement pas fait cette distinction du moi et du non-moi. Ainsi, si on en croit les auteurs, ces personnes ne pourront intégrer cette expérience et seront contraintes de la revivre encore à travers une expérience d'effondrement sans fin.

Dans la pathologie on voit ainsi des personnes qui ont un tonus qui lâche et ont peur de tomber à terre ou dans la terre. Parfois même, ils sont effrayés à l'idée de traverser à l'infini la terre comme une chute sans fin avec aucun appui physique pour les retenir. L'angoisse de chute serait donc une conséquence de l'angoisse d'effondrement : chuter à l'infini car aucun appui ne nous retient sur terre.

Je crée l'hypothèse que certaines de ces angoisses, voire toutes, puissent être présentes dans la clinique du polyhandicap. En effet, tout au long des définitions qu'en font les auteurs, bien qu'elles soient différentes, un point commun existe : des conditions favorables sont nécessaires pour dépasser ces angoisses. Il faut un environnement favorable et un appareil somato-sensoriel qui permet le dépassement de ces angoisses. Or, le polyhandicap porte atteinte à l'organisation de cet appareil somato-sensoriel et à la rencontre entre le parent (qui fait partie de l'environnement de son enfant) et son enfant. Nous pouvons donc imaginer que certaines personnes polyhandicapées n'aient donc pas la capacité d'adaptation suffisante pour dépasser les angoisses dites primitives ou archaïques, présentes chez le nourrisson.

C) Moyens de lutte contre ces angoisses

(1) Automutilation, stéréotypies et autostimulation

D'après Gerlach, (2006), l'automutilation serait un comportement qui a du sens, à traduire. Ces comportements se retrouvent chez les personnes polyhandicapées, mais pas uniquement. On repère notamment chez les nourrissons des balancements, des enfants qui se tapent la tête sur le matelas ou l'oreiller, des mouvements répétitifs des mains, des grattages... Ceci est aussi visible chez la personne âgée. L'auteur insiste sur le fait qu'afin de porter atteinte à soi-même il faut avoir conscience de soi, avoir acquis le rapport de cause à effet et ce que signifie la notion de disparition définitive de la mort. Or, une personne ayant un handicap mental sévère n'a pas ces repères, et donc l'automutilation ne signifie pas autodestruction. Cependant, s'il y a un risque de blessures graves, il faut nécessairement intervenir sur l'automutilation.

Les stéréotypies sont la répétition de mouvements qui apparaissent en l'absence de signification apparente. Il y a des stéréotypies de frottement de partie du corps, de balancement, de cris, de coups, de griffures ou d'endormissement répétitif. C'est le corps qui est l'objet du comportement. Un second type de stéréotypies existe, qui met en scène un objet : déchirer une feuille de papier ou faire tourner un objet.

Ces stéréotypies seraient aussi un comportement qui a du sens, parfois même qui soutiennent une demande. L'augmentation de la fréquence ou de l'intensité du mouvement pourrait avoir

une signification différente pour la personne qui connaît le sujet polyhandicapé concerné. Celles-ci sont aussi présentes lorsque le sujet s'ennuie, lorsqu'il y a une sur-stimulation, pour exprimer une demande impossible à exprimer ou lorsqu'il y a souffrance physique ou psychique. Depuis plusieurs années, des chercheurs utilisent le terme d'autostimulation pour parler des stéréotypies et de l'automutilation. Selon eux, chaque être a besoin de communication, de stimulation, de changement, de proximité, de contact, afin de conserver une stabilité de son organisation psychique et physique. La personne essaye de lutter contre un appauvrissement sur le plan sensoriel par l'autostimulation. Il ne faut donc pas faire disparaître ces comportements qui ont une utilité pour l'autonomie et la survie du sujet. Les stéréotypies, l'automutilation et l'autostimulation marquent le fait que l'individu n'a pas encore trouvé de stratégie appropriée pour échanger avec son environnement et avec son corps.

J'approfondirai, grâce à Haag, (2006) les propos de cet auteur concernant la nécessité de s'autostimuler chez les personnes polyhandicapées, afin de conserver une stabilité dans l'organisation psychique et physique. Haag développe dans le point suivant cette notion d'agrippement aux stéréotypies et pourquoi elles sont présentes selon elle.

(2) Agrippements auto-sensuels des stéréotypies

Comme je l'explique dans ma définition du polyhandicap, en m'appuyant sur ce qu'en dit Korff-Sausse, (2009), les personnes polyhandicapées peuvent avoir des troubles d'allure autistique. Voyons ainsi quelles attitudes les personnes autistes peuvent avoir, qui se retrouvent aussi dans le champ du polyhandicap.

D'après Haag, (2006), le démantèlement est une dissociation de chaque sensorialité. Un agrippement sur les manœuvres auto-sensuelles (qui ont trait à la sensorialité : vue, ouïe, odorat, sensations vestibulaires...) des stéréotypies peut se mettre en place sur les extrêmes d'intensité d'une sensorialité. De plus, le sujet s'agrippe au son d'un objet, tout en s'agrippant à la texture d'un autre objet et à la chaleur d'un rayon de soleil. Ainsi, il n'y a pas d'unité intermodale qui se crée.

Au niveau tactile, des auto-caresses pour avoir un sentiment de contenance peuvent être repérées. Un objet dur peut servir en un point du corps pour donner un mouvement de

sécurité. C'est ce qu'on appelle un objet autistique, qui va devenir une partie du corps de la personne.

Au niveau sonore, certains bruits, notamment de machines, peuvent entraîner un vécu d'arrachage ou de pénétration. La musique sera au contraire très investie. De la même manière, certaines voix non mélodieuses peuvent pousser la personne à se boucher les oreilles pour fuir le vécu insupportable qu'elle cause chez eux.

Au niveau thermique, on peut voir des personnes qui se collent la peau au sol glacé, se mettent dans un bain froid ou alors prennent une douche brûlante. Ce froid ou cette chaleur extrême leur sert à se sentir par exemple.

Au niveau visuel, certaines personnes recherchent la brillance. On peut repérer des fixations au soleil qui causent des lésions rétiniennes. Il y a une accoutumance qui se développe à la suite de ces autostimulations et pousse le patient à chercher toujours plus de sensations pouvant aller jusqu'à l'automutilation.

(3) Les procédés auto-calmants

Sitbon, (2002), décrit ce que sont les procédés auto-calmants. Ces procédés sont les résultats d'un surinvestissement moteur et perceptif qui vise à faire le vide dans l'appareil psychique. Une compulsion de répétition ne trouve pas de soulagement dans la satisfaction. Ces procédés n'ont pas pour but le plaisir. Ils sont le résultat d'une défaillance de la satisfaction hallucinatoire du désir du nourrisson à cause d'un défaut de pare-excitation. Il y aurait eu, d'après Sitbon, une inadéquation dans les soins maternels. L'instinct de mort prend le pas sur la pulsion de vie et des traumatismes précoces se fixent. Ces procédés auto-calmants recherchent répétitivement l'excitation dans un auto-bercement, afin de se calmer. Au lieu de faire une liaison psychique par le fantasme, l'enfant utilise des procédés auto-calmants, au niveau comportemental, pour faire une liaison entre pulsions érotiques et mortifères. Il n'arrive pas à se calmer en utilisant les représentations, l'activité autoérotique, et le fantasme.

Il me semble que cette difficulté à faire des liens psychiques et à avoir des représentations est présente chez la personne polyhandicapée. Ainsi, les procédés auto-calmants peuvent

aussi être un moyen pour cette population de s'apaiser, une tentative éternelle de résoudre une expérience qui n'a pas pu être liée psychiquement.

L'incapacité à pouvoir satisfaire de manière fantasmatique un besoin me fait penser à l'échec de la capacité auto-érotique du bébé dont parle Roussillon, (Roussillon, 2001).

D'après Roussillon, reprenant Winnicott, une adaptation insuffisante de l'environnement et des soins maternels entraînent chez le bébé des états agonistiques. Tant que le bébé n'a pu symboliser les traces de ce vécu psychique traumatique alors il va revivre cette agonie par compulsion de répétition. Quand la rencontre avec l'objet a été suffisamment satisfaisante, le réinvestissement de traces mnésiques de satisfaction va se superposer à la réalisation hallucinatoire du désir. Ainsi naît la capacité auto-érotique du bébé. Le bébé peut revivre seul, par réinvestissement des traces du plaisir, cette satisfaction. L'autre absent est fantasmé. Ces désirs peuvent être des besoins corporels ou psychiques.

Ainsi, je suppose que si la capacité auto-érotique du bébé n'est pas là, alors celui-ci est contraint d'utiliser des procédés auto-sensuels ou auto-sensoriels pour se sentir.

(4) Rôle de l'adhésivité contre les angoisses catastrophiques

Tout d'abord, selon Rosella, les « angoisses primaires catastrophiques » ne sont pas représentables, (Sandri, 2008). Pour se représenter ce que ces angoisses font vivre, on peut imaginer se retrouver perdu et démuné dans un environnement dangereux et incompréhensible. La terreur de ces angoisses archaïques n'a pas pu être métabolisée par l'appareil psychique afin d'y trouver une signification.

Rosella cite Bion et son concept d'angoisse de mort chez le nourrisson. Si le bébé n'est pas contenu psychiquement par l'objet maternel (la mère, le père ou un membre de la famille proche) alors il ne peut projeter sur la mère son angoisse de mort. Ainsi, cette impression de mourir est sans signification et le bébé vit une « terreur sans nom ».

L'« identification adhésive » développée par Meltzer est un mode de défense du bébé pendant son état de non-intégration. Rosella s'appuie sur ses travaux pour expliquer combien

cette « identification adhésive » est un agrippement archaïque pour lutter contre le danger du changement, des angoisses de liquéfaction des substances du corps et des angoisses de chute sans fin.

Cette « identification adhésive » consiste à **faire fusionner avec soi un objet** afin qu'il devienne une partie de soi au lieu de l'introjecter et donc de l'inclure en soi. Car, pour que l'introjection en soi d'un objet ait lieu, il faut que cet objet soit perçu comme suffisamment séparé de soi pour que l'envie de le posséder naisse. Ce collage de l'identification adhésive se fait au mieux par une imitation.

Si cette défense persiste, le sujet n'a pas de distance pour penser à l'objet en son absence. Or, penser l'objet en son absence permet d'avoir accès à la symbolisation. Le sujet ne pourra utiliser des mécanismes psychiques plus évolués tels que le « clivage » et l'« identification projective ».

Nous venons de détailler la difficulté de la rencontre avec la personne polyhandicapée, la persistance d'angoisses psychocorporelles dans le polyhandicap et les moyens de lutte contre de ces dernières. Ces théories seront un appui pour envisager la problématique du patient choisi, et les axes de réflexion autour desquels je me suis concentrée. Voyons comment je suis allée à la rencontre de Monsieur J. et la manière dont je l'ai accompagné dans la mise en forme de son corps.

PARTIE CLINIQUE

I) La MAS

A) Présentation de la structure

Une MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) est un établissement médico-social qui accueille des adultes handicapés en situation de « grande dépendance » qui nécessitent des soins médicaux, paramédicaux et des aides pour les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de leur vie sociale. L'Assurance Maladie finance cette structure qui est sous la compétence de l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Les personnes qui séjournent en MAS ont un handicap mental et/ou physique et/ou sensoriel. Certains résidents ont plusieurs de ces handicaps à la fois. Leur point commun est leur manque d'autonomie. La mission principale d'une MAS est quand même l'accueil de personnes polyhandicapées.

« L'admission en Mas se fait sur décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) », (« Handicap », s. d.).

La MAS est mixte et héberge au maximum, en internat complet, quarante-huit personnes. Elle dispose aussi de sept places en accueil de jour. Les patients peuvent rester jusqu'à la fin de leurs jours dans la MAS où ils vivent.

Il y a cinq unités sur l'établissement dont une pour l'externat. Chaque unité a une pièce de vie commune.

B) Présentation de l'équipe

L'équipe de la MAS est composée d'un directeur qui est le chef direct d'un psychologue, un médecin, le chef de service médical et le chef de service éducatif. Le chef de service médical manage l'ergothérapeute, le psychomotricien, les infirmiers, les ASD (aides-soignantes) et les maîtresses de maison. Le chef de service éducatif a sous ses ordres les AMP (Aides Médico-Psychologiques), les moniteurs éducateurs et l'éducateur spécialisé qui s'occupe de la coordination des activités. Un kinésithérapeute libéral intervient aussi auprès des patients.

Une unité est composée de quatre ASD, une maîtresse de maison, trois AMP et deux moniteurs éducateurs. L'éducateur spécialisé de la MAS coordonne les activités de l'ensemble des unités.

C) Cadre des séances

La psychomotricienne voit ses patients lors de séances groupales ou individuelles. Elle dispose d'une salle de psychomotricité, une salle Snoezelen et propose des séances de balnéothérapie.

Je rencontre Monsieur J. lors de séances individuelles, à raison d'une séance par semaine en salle Snoezelen avec ma maître de stage. Elle suivait déjà Monsieur J. en séance de thérapie psychomotrice individuelle avant mon arrivée.

D) Construction du projet individuel d'un résident

Le projet individuel d'un résident se fait en quatre étapes. Lors de la première, un ME (moniteur éducateur) et une AMP (aide médico-psychologique) ou un aide-soignant se réunissent pour identifier les besoins du résident en fonction de ce que disent les professionnels et la famille. En parallèle, l'équipe des paramédicaux se rencontre pour identifier les besoins de soin du résident.

Une deuxième étape, dont la coordinatrice a la charge, vise à donner un rendez-vous à la famille du résident. Elle lui demande quel est son souhait concernant son proche. Au moment du rendez-vous avec les parents, les différents besoins de la famille sont répertoriés.

Pendant la troisième étape, le psychologue ou l'ergothérapeute ou le psychomotricien référent du résident est présent. Les tuteurs, le cadre éducatif et la coordinatrice sont conviés. Si la psychologue est référente, elle apporte les informations de la psychomotricienne et de

l'ergothérapeute sur le suivi du résident. Les attentes des tuteurs sont entendues, les objectifs et les moyens proposés par l'équipe sont discutés et le projet est signé.

Enfin, au cours de la dernière étape qui a lieu six mois après la première, une synthèse de l'évolution des objectifs du projet est réalisée. L'équipe du quotidien, le cadre éducatif, l'équipe paramédicale au complet et le coordinateur sont présents. Ils reprennent les objectifs à poursuivre, ceux qui sont atteints, et les nouveaux objectifs à mettre en place.

Ce mode de construction des projets individuels est récent et son fonctionnement est donc à perfectionner. Apparemment, cette organisation prend en réalité bien plus de temps que prévu. Les projets ne sont pas faits aussi vite et la dernière étape n'a pas lieu à six mois de la première étape.

E) Les réunions pour penser le patient

Ma maître de stage participe à des réunions pluridisciplinaires qui ont lieu toutes les semaines. La réunion dure 45 minutes avec chaque équipe. Tous les professionnels d'une unité y sont représentés. La psychologue, l'ergothérapeute, un infirmier ainsi que la cadre éducative sont présents. Pendant ces réunions, des questions autour d'une problématique avec un résident peuvent être émises. Une réflexion collective cherche à trouver des solutions aux problèmes rencontrés.

La psychomotricienne participe aussi à une intervision avec d'autres psychomotriciens qui ont affaire à une même clinique. Lors de cette rencontre, les soignants discutent d'un patient ou de difficultés institutionnelles. Ma maître de stage s'appuie aussi pour penser les patients sur des temps informels avec la psychologue et l'ergothérapeute de la MAS.

F) Le psychomotricien en MAS

En MAS, le psychomotricien veille à la mise en forme du corps du résident grâce à des pratiques psychocorporelles. Il soutient l'autonomie du résident afin de lui permettre de

prendre des décisions, d'avoir le choix, d'être acteur de sa motricité, d'avoir un corps agi source de plaisir.

Les personnes polyhandicapées ou les personnes autistes très dépendantes ont en effet un quotidien dans lequel de nombreuses décisions sont prises par les soignants. Ils sont notamment sous la responsabilité d'un tuteur qui prendra les grandes décisions de leur vie. La psychomotricité participe au devenir du sujet qui pense, qui agit selon sa pensée, qui se sent exister, différencié de l'autre et de l'environnement.

Le psychomotricien offre la possibilité de prêter attention à ses sensations corporelles, à ses ressentis afin de découvrir ses possibilités, faire avec ses limites et apprendre de soi. Les résidents découvrent de nouvelles sensations corporelles et sont soutenus dans la découverte des éprouvés qui en découlent. La sensorialité sous différentes formes est donc utilisée par le psychomotricien.

Ce professionnel réalise aussi une évaluation du profil sensoriel du résident afin d'adapter son environnement à ses hypersensibilités ou ses hyposensibilités. Des bilans d'observations sont aussi effectués afin de déterminer si un suivi en psychomotricité peut être intéressant, si une souffrance est présente chez le résident.

Le psychomotricien accompagnera le patient à développer ses relations avec les autres résidents et le personnel de la MAS. Il essaiera de créer un cadre favorable à une rencontre entre les résidents lors de séances groupales.

Ce professionnel soutient par sa pratique le développement de la personnalité, du narcissisme du résident, la valorisation de ses compétences. Il lui propose de faire des choix, l'accompagne à reconnaître ses émotions, ses besoins, ses goûts...

G) Ma place de stagiaire

En arrivant à la MAS, ma maître de stage m'a proposé de reprendre à ses côtés le suivi de Monsieur J. Elle souhaitait que je prenne des initiatives, que je fasse des propositions lors des séances. J'ai donc rapidement commencé à proposer des expérimentations que je choisissais. J'ai fait des observations au fil des séances, j'ai lu le bilan qu'avait fait ma maître

de stage et j'ai étudié le dossier médical de Monsieur J. Petit à petit, des hypothèses sur la construction psychomotrice de Monsieur J. me sont venues, que j'ai retravaillées au fil de mes lectures, grâce à l'analyse de la pratique, mes cours d'étude de cas et avec l'aide de professeurs de ma faculté. J'en parlais ensuite avec ma maître de stage qui me laissait libre de faire des propositions en séance. C'est donc moi qui désormais choisis la direction que prend le suivi, sous la supervision de la psychomotricienne. Ma maître de stage fait aussi des propositions pendant des séances, en alternance avec les miennes. Nous travaillons donc à trois.

II) Présentation du patient

A) Description physique

Monsieur J. a 33 ans. La première fois que je le rencontre pour sa séance je ne connais pas son âge et je pense qu'il a entre 40 et 50 ans. Il fait plus vieux que son âge par certains aspects. Ses cheveux sont poivre et sel. Il est mince, presque maigre et grand. Son visage est émacié. Il est aveugle, et a souvent les yeux fermés. Son visage est peu expressif. Il n'a pas de langage ou de gestes pour communiquer, mais il vocalise souvent sous la forme d'un « ah » continue qui varie en amplitude sonore. Des bleus sur sa nuque ou ses jambes sont visibles à force de tomber ou de se cogner. Ses vêtements sont « passe-partout » par leur forme et leur couleur et il marche en chaussettes régulièrement.

B) Anamnèse

Je n'ai pu avoir que peu d'informations sur l'anamnèse dans son dossier médical. Son histoire familiale et son séjour en IME sont très succincts.

(1) Sa famille

Il voit sa mère une fois par mois le week-end. Elle habite loin de la structure. Il va donc chez son frère le week-end pour voir sa mère. Nous pouvons nous demander si cela n'est pas aussi pour sa mère un moyen de ne pas être seule avec lui. Car le frère de Monsieur J. est toujours présent dans cette configuration. Les équipes m'ont rapporté que la mère semblait être autant

en difficulté que nous pour être en lien avec son fils. Il dort peu la nuit chez son frère et se met en danger en montant sur des meubles. Nous pouvons imaginer les difficultés relationnelles entre eux.

Le père de Monsieur J. est absent depuis de nombreuses années. Monsieur J. a deux frères, eux aussi atteints de la même maladie génétique. L'un d'eux réside en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) et le second est autonome, sans déficience intellectuelle et handicap moteur d'après ma maître de stage.

(2) Parcours de vie

Monsieur J. a été accueilli en IME, en externat, de 5 à 11 ans, puis en internat dans le même établissement. Il quitte l'IME en 2010 et arrive dans la MAS où je le rencontre. Je m'interroge sur le manque d'informations sur sa vie dans son IME et sur les traces de son histoire. Très peu de traces de son histoire existent dans son dossier.

(3) Vie à la MAS

À propos de sa vie à la MAS, il a peu d'activités à l'extérieur. Il va seulement à la piscine. L'équipe relève son goût pour l'apnée. Il plonge seul, reste en apnée puis remonte juste le temps nécessaire pour reprendre son souffle. Il peut aussi participer à des activités, comme la musique, dans la MAS, mais et il est souvent seul dans sa chambre. Il n'est pas beaucoup en relation avec les autres résidents ou les soignants d'après ce que m'en dit l'équipe de son unité. En effet, je le vois peu dans les couloirs ou sur son unité sauf pendant le temps du petit-déjeuner. Je trouve qu'il baigne dans la solitude et la pauvreté de liens relationnels.

Monsieur J. est très renfermé sur lui-même et si peu dans la relation qu'il est possible que l'équipe qui s'occupe de lui ait du mal à le rencontrer. Il me donne l'impression de se faire oublier. Il s'enferme si bien dans sa bulle qu'il est peut-être tentant de le laisser seul dans sa chambre toute la journée. J'imagine qu'il doit être difficile pour l'équipe de partager avec lui qui semble fuir toute relation. Il est recroquevillé dans son lit, lent dans sa motricité, sans regard, souvent allongé au sol : il m'a déjà renvoyé l'image d'un fœtus. Or un fœtus est un

humain pas encore fini. Je me questionne sur son humanité par moments. L'équipe peut aussi vivre ces moments de solitude pendant lesquels elle n'arrive pas à se reconnaître en lui. Il me plonge dans la sidération. Je me demande comment aller à sa rencontre. Les professionnels qui s'occupent de lui m'ont parlé de leur peur qu'il se blesse ou blesse quelqu'un s'ils le laissent seul dans l'unité. Cela peut expliquer également les longs moments qu'il passe dans sa chambre.

(4) Antécédents médicaux

Je relève aussi dans le dossier médical de Monsieur J. qu'il est atteint de la maladie de Norrie associée à un syndrome autistique. Cette pathologie génétique rare est liée au chromosome X. Ainsi, chaque homme qui possède un X touché est malade. Les filles ne seraient touchées que si elles avaient deux « X » atteints, ce qui implique que les deux parents soient porteurs d'un X endommagé et l'aient transmis. La maladie touche donc essentiellement les hommes.

Elle entraîne une cécité congénitale de naissance, une potentielle surdité de perception, un retard de développement et un déficit intellectuel et/ou un trouble du développement. La surdité de perception bilatérale se caractérise par une gêne dans le bruit ambiant, « il entend bien mais comprend mal ». Les paroles sont comme déformées. D'après les observations de l'équipe et celles que ma maître de stage et moi-même avons pu faire, Monsieur J. comprend des phrases simples. Il n'a donc pas encore de surdité de perception, mais celle-ci peut arriver avec l'âge. Il est noté dans le dossier de Monsieur J. « arriération mentale profonde » et comitialité. Monsieur J. fait des crises d'épilepsie plutôt la nuit. Elles sont toujours d'actualité, mais leur régularité est difficilement évaluable, comme certaines peuvent passer inaperçue la nuit. Les infirmiers en relèvent néanmoins deux fois par mois en moyenne.

Monsieur J. a une incontinence fécale et urinaire. Il porte une protection et une grenouillère afin qu'il n'aille pas chercher ses selles. Il est possible que ce manque de contrôle sphinctérien ait des conséquences sur son organisation psychomotrice, notamment au niveau de ce qu'il peut retenir et relâcher. Cela peut avoir une incidence sur sa manière d'appréhender l'intérieur de son corps et l'extérieur. Nous en reparlerons dans ma partie clinique.

(5) Traitement

Son traitement comporte des neuroleptiques, des antiépileptiques et des antidépresseurs pour ses troubles du sommeil et son épilepsie. Ses neuroleptiques lui sont prescrits depuis 2012. Je n'ai pas réussi à savoir si c'est justement à cette période qu'il est devenu aussi calme. Je suis surprise que son dossier de l'IME parle de lui comme un homme plein de vie et sociable parce que c'est précisément l'inverse que j'observe tout au long de mon stage. Ma maître de stage a aussi rencontré son psychiatre de l'IME qui était surpris de la description que la psychomotricienne a faite de Monsieur J. Il était, d'après lui, plus vivant et dynamique en IME.

C) Indication du soin

Le médecin de la MAS a indiqué un bilan psychomoteur qui propose à Monsieur J. des explorations sensorielles sans danger.

En effet, celui-ci peut parfois se mettre debout sur un meuble et se laisser tomber. Il marche beaucoup à reculons et se cogne sur les résidents et le personnel de la MAS. Parfois, il tombe contre des meubles. Ceci n'arrive plus à la MAS mais peut se produire quand il est en famille. Il s'est déjà cassé la clavicule en 2016 après une chute dans l'institution. Avant que celle-ci ne soit réaménagée, Monsieur J. se laissait tomber sur les meubles de sa chambre. Son radiateur a donc été accroché en hauteur pour éviter qu'il ne se blesse mais il s'y accrochait au risque de le faire tomber sur lui.

D) Observations psychomotrices

Ma maître de stage a réalisé le bilan en janvier 2014. Depuis, elle a commencé un suivi avec lui. Nous l'avons complété à mon arrivée en octobre 2017 avec mes observations.

Voici mes observations. Monsieur J. est hypotonique. Cependant, il alterne aussi avec un tonus très haut, principalement dans le tronc. Il ne marche pas à quatre pattes et ne se met pas seul sur le ventre. Il s'aide peu de ses mains pour repousser le sol et se relever. Il a plutôt tendance à contracter ses abdominaux pour se redresser et à s'accrocher aux personnes qui

l'accompagnent pendant ses déplacements. Il est très lourd pour la personne accompagnatrice, car il donne l'impression d'être sur le point de chuter quand il marche : il penche son tronc vers l'avant et s'appuie de ses bras sur l'accompagnant avant de se laisser tomber en avant. Il entraîne son accompagnant dans sa chute et celui-ci doit alors le retenir.

Au niveau spatial, Monsieur J. peut se repérer dans un lieu connu. Les notions temporelles sont difficiles à évaluer chez lui. D'après le dossier, son rythme nyctéméral est inversé. La permanence de l'objet, du fait de sa cécité, n'est potentiellement pas acquise.

Monsieur J. explore les sensations vestibulaires. Il se bouche les oreilles et vocalise par un « ahh ». Ceci crée un bain sonore et vibratoire qui résonne à travers toute sa cage thoracique. Il fait aussi des vibrations en tapant sur des objets (matelas, gros ballon).

Sa préhension manuelle est possible : aller chercher de la nourriture dans son assiette, prendre une balle qu'on lui met dans la main. Il n'explore pas spontanément les objets. Quand on lui met un objet dans la main, comme une balle à picots (préhension au contact) il ne la manipule pas. Il la garde quelques secondes sans bouger puis l'amène à sa bouche contre ses lèvres.

Au niveau de sa motricité globale, Monsieur J. est très lent et se déplace lentement. Il peut faire de petits sauts sur place qui décollent peu du sol.

Au niveau postural, Monsieur J. présente une scoliose importante. Il marche avec les genoux en valgum et décrit des oscillations latérales lors de ses déplacements. Il semble être sur le point de perdre l'équilibre à chaque instant. Il a souvent le tronc et la tête inclinés d'un côté lorsqu'il marche. Bien qu'il soit aveugle, il ne se déplace pas avec les mains devant lui en protection : ses bras pendent sur ses côtés avec peu de mobilité. Il doit être guidé à la marche par une personne qui lui prend la main ou lui met une main sur l'épaule pour l'orienter.

Au niveau relationnel, la psychomotricienne a observé chez Monsieur J. une alternance entre une attitude de repli face à l'autre et de « fusion » avec l'autre. Il peut en effet faire de gros câlins, très serrés et parfois avec sa bouche posée sur le cou de la personne.

Monsieur J. répète souvent un rituel. Il s'installe accroupi au sol, la tête penchée au-dessus de ses genoux et tape doucement ses mains entre elles. Il fait en parallèle une longue vocalise grave. Parfois, il se balance légèrement d'avant en arrière dans cette position. Il tape aussi de

temps en temps, toujours accroupi, sur un support devant lui avec ses deux mains à plats. Dans ces moments-là, il semble fermé à tout échange.

E) Projet de soin

À la suite du bilan psychomoteur réalisé par ma maître de stage, un suivi individuel lui a été proposé. Celui-ci a pour objectif de travailler sur le ressenti de ses limites et de son enveloppe corporelle, de sa structure interne (son axe, son squelette, la solidité de son squelette) au travers d'expérimentations sensorielles. Sa découverte de soi et son ouverture au monde seront aussi favorisées à travers une verbalisation de sa mise en corps et en incluant l'autre dans ses stimulations sensorielles.

F) Le dispositif de soin

Le cadre qui était proposé à Monsieur J. avant mon arrivée est le même que celui dans lequel je le rencontre, hormis le fait que désormais les séances se feront à trois. La modalité de prise en charge est l'expérimentation sensorielle en salle Snoezelen grâce au matériel disponible. Un matelas à eau chauffé, un hamac, un gros ballon et un tissu sont les principaux éléments que nous utilisons pour le moment en séance.

III) Les séances de psychomotricité

Je vais aborder les séances de thérapie psychomotrice que j'ai réalisées avec Monsieur J. à raison d'une séance par semaine. Les vignettes cliniques citées sont au nombre de quinze réparties sur cinq mois. Chaque séance dure 45 minutes. Les seules interruptions sont les vacances scolaires.

A) L'impact des rencontres

(1) Ma première rencontre avec Monsieur J.

Nous allons chercher Monsieur J. dans sa chambre pour sa séance. Ceci juste après qu'il ait terminé son petit-déjeuner, le mercredi. Quand nous ouvrons la porte de sa chambre, il est allongé en position fœtale au milieu de son lit. Je vois qu'il ne bouge que ses mains dans un mouvement où elles s'écartent l'une de l'autre pour se rejoindre en se touchant légèrement. Il ne fait pas de bruit. Ma maître de stage le salue d'abord oralement, puis lui touche la main. Nous nous mettons à hauteur de son visage. La psychomotricienne lui explique qui je suis et l'objet de notre présence. Je lui dis : « Je m'appelle Fabiola » accroupie vers lui. Elle lui donne une balle à picots qui est le symbole de l'heure d'aller en séance de psychomotricité. Il touche la balle entre ses deux mains, la met à la bouche à une main puis la tend vers le bord du lit, face à moi. Je ne sais pas s'il souhaite la repousser ou bien me la donner. Je lui dis « Vous me donnez la balle ? Merci ». Je la prends dans ma main. Il recommence alors le mouvement rythmique de ses mains. Quand ma maître de stage lui demande de venir en séance, il n'esquisse pas de mouvement. Je suis debout et j'attends. La psychomotricienne lui indique qu'elle va l'aider à se lever et elle fait glisser ses jambes dans le vide, sur le côté du lit. Nous lui mettons ses chaussures. Il commence à faire un bruit de gorge assez grave et monocorde qui dure longtemps : « Aah ». J'ai l'impression qu'il n'a pas envie de venir avec nous en séance. Ma maître de stage lui redemande de se lever et elle prend sa main. Monsieur J. se lève finalement.

Je me place dans son dos et nous l'accompagnons dans la pièce commune de sa résidence. Je détaille alors ses moindres faits et gestes, et regarde comment s'y prend la psychomotricienne. Il marche avec difficulté, la tête penchée sur le côté, les genoux en valgum et le pied gauche qui fauche le sol. Je suis derrière lui pour le voir marcher, et son équilibre semble précaire : il oscille vers l'avant, l'arrière et sur les côtés. Une fois que Monsieur J. passe la porte de sortie de sa résidence pour aller dans le couloir, il serre de plus en plus fort la main de la psychomotricienne. Elle lui dit : « Vous serrez de plus en plus fort ma main et vous enfoncez vos ongles, vous me faites mal. Je vais enlever ma main. ». Elle le soutient au niveau de l'avant-bras. Nous sommes dans le couloir, il s'arrête et commence à se laisser tomber sur le côté. C'est le haut de son corps qui démarre cette chute jusqu'à ce que son épaule touche le mur et là, il s'y colle petit à petit.

Ma maître de stage lui demande de continuer à la suivre. Je me place face à lui, parfois je me mets à sa hauteur, à genoux. Il continue son bruit de gorge et se laisser tomber au sol. Il est alors à genoux sur le carrelage froid du couloir, assis en « W ». Il finit même par s'allonger sur le dos. Je me demande ce qui a provoqué ce besoin de se coller au mur puis de retrouver le sol. Où en est sa construction de ses enveloppes corporelles ? Son dos réalise-t-il sa fonction d'arrière-plan ? Il est aussi possible qu'il ait perdu patience en nous suivant. Après de multiples sollicitations, et quand ma maître de stage et moi-même prenons chacune l'une de ses mains, il se remet debout. Il essaye de se laisser tomber en arrière et tire sur nos bras. Je place mon autre main dans son dos. Cela ne semble par l'aider. Il continue de se laisser osciller sur le côté et vers l'arrière. Je lui dis qu'il pourra se coucher ou s'asseoir une fois dans la salle.

Je ne sais pas ce qu'il comprend de nos explications et de nos demandes. Il me donne l'impression de ne pas pouvoir comprendre ce qu'on dit. Il est tellement peu dans la relation. Je suis moi-même à distance. Je me sens comme absente pour lui. Il ne me voit pas. J'apparais pour lui seulement quand je lui parle ou quand je le touche. Je ressens peu de choses. Je ne suis que des yeux qui le scrutent. Je me sens comme attirée par ce que je vois tout en étant à distance. Je suis attentive à ce qu'il fait, à l'environnement mais dans l'impossibilité de le rencontrer. Malgré mes nombreuses observations, j'ai le sentiment d'un manque. Il me donne l'impression de nous suivre mécaniquement, sans but ni volonté.

Nous arrivons enfin dans la salle Snoezelen, et je reste en retrait afin de voir ce qu'il fait. Ma maître de stage est assise sur le matelas à eau, plutôt sur le côté. Monsieur J. s'installe, enroulé sur lui-même, pour mettre ses orbites au contact de ses genoux. Ses bras sont tendus devant lui et ses mains devant ses genoux. Elles sont en train de reproduire leur stéréotypie habituelle : s'écarter puis se toucher. Il reproduit des sons de gorge graves : « Aah ! ».

Après un moment dans cette position, au milieu de la pièce qui est plutôt réduite, il se met debout, fait un tour sur lui-même assez lent, et reprend sa position accroupie. Je reste en retrait. Il semble dans sa bulle, baigné par toutes ses sensations : auditives, kinesthésiques et tactiles. La parole semble peu l'atteindre : il ne fait aucune mimique, pas un mouvement, aucun hochement de tête, aucune vocalise ne me répond. Je me mets à genoux, proche de lui, dans son dos. Je décide plutôt de l'aborder par le toucher. J'ai l'impression que je dois être là discrètement. Avec le temps, j'ai compris que déjà à notre première rencontre, il tentait de m'amener du côté de l'indifférencié. Je l'informe que je vais poser mes mains sur

lui. Je touche son dos, ses épaules en lui racontant ce que je touche. J'appuie fort, moins fort, longtemps, moins longtemps et je découvre alors son dos qui me fait l'impression d'être tordu. Je glisse mes doigts le long de sa colonne et je la sens prendre des directions improbables. Il a une scoliose très marquée. Pendant ce temps, il poursuit son bruit guttural. Je lui explique que ça fait vibrer son dos.

Ce son qui m'avait plutôt agressé dans sa chambre au moment où nous le sollicitons pour se lever est devenu plutôt apaisant maintenant. Il me fait penser à un chant de prières bouddhistes. Quel but peut avoir cette enveloppe sonore ?

Il se relève et recule jusqu'à buter sur le bord du matelas à eau où il se laisse tomber sur le dos. Il s'installe en position fœtale sur le côté gauche. Ma maître de stage se retrouve alors proche de lui. Je suis debout, vers ses pieds et j'observe ce qu'il fait. Il persiste à faire : « Aah ! » en continu et j'imagine comme ce bruit doit faire vibrer sa gorge, ses os du cou, son sternum, ses épaules, son dos. Il a l'oreille gauche collée au matelas. Il entend peut-être à travers le matelas le bruit des vibrations qu'il produit. Ensuite, il colle ses lèvres au matelas qui est chaud et s'enroule sur lui-même.

Pendant la séance, Monsieur J. n'a pas l'air d'être dans la relation. En effet, il ne parle pas, ne nous touche pas volontairement, n'a pas de pointage déclaratif, ni proto-impératif. Je m'interroge quant à ses moyens de communication. Quel langage non-verbal a-t-il ? Peut-être que son bruit assez fort dans la chambre signifiait qu'il ne voulait pas nous suivre. Comment savoir s'il est présent à la relation ?

Je vais m'asseoir à côté de lui sur le matelas et cela provoque des ondulations. Je plaisante avec lui : « Ouh la la ! Je suis lourde, le matelas fait beaucoup de vagues. Vous sentez comme il ondule ? ». Il ne réagit pas mais je me demande si les vagues que j'ai provoquées n'ont pas attiré son attention. Il reste immobile à faire son bruit mais quelque chose dans son immobilité me donne l'impression qu'il est attentif. La psychomotricienne imite son bruit en même temps que lui. Il baigne donc dans une enveloppe sonore constante. Je commence alors à toucher de nouveau son dos, bien que tout son côté gauche soit enfoncé dans le matelas. Je me mets à lui faire de petites percussions avec les doigts sur l'ensemble du dos, l'épaule droite, le bras droit, le sternum, la poitrine, les jambes et les pieds. J'indique en même temps où je touche, où je ne touche pas. Au moment où j'ai commencé ces percussions sur son dos, il arrête son bruit et semble attentif à ses sensations.

Pendant un moment, qui me paraît long, je continue ce trajet en essayant de lui donner une impression la plus globale possible de son corps bien que le côté gauche me soit inaccessible. L'idée d'un besoin d'unité corporelle me pousse à faire cela. Ma maître de stage lui explique que je ne peux pas toucher le côté gauche de son corps car il est sur le matelas. Il se relève subitement, quitte le matelas et se met à taper avec ses mains assez fort sur le matelas. Cela produit de grosses vagues, du bruit. Il colle ensuite son visage sur le matelas et reprend son bruit. Il fait son rituel : accroupi face au matelas sur le sol, les mains sur le matelas, il reproduit leur mouvement habituel. Ses vibrations lui permettent peut-être de ressentir son corps, son squelette.

La psychomotricienne l'informe environ cinq minutes avant que la fin de la séance approche. À la fin de la séance, que ma maître de stage lui indique, il se met debout et va en marche arrière se coller aux murs. On le laisse faire en faisant attention à ce qu'il ne se fasse pas mal. Il se laisse tomber sur le dos au sol et se cogne le dos contre l'étagère. Il cherche le sol en se mettant accroupi, se relève et alterne ainsi. Où en est-il de sa connaissance de ses limites corporelles ? Il semble être tantôt dans des agrippements sensoriels tantôt dans la recherche de ses limites corporelles et de celles de son environnement. La psychomotricienne lui dit que la séance se termine et que nous allons le raccompagner.

(2) La crise d'épilepsie

Un jour, nous allons chercher Monsieur J. l'après-midi alors que la séance est à 9h habituellement. Un imprévu nous avait empêchées de le voir le matin. Ma maître de stage frappe à sa porte et quand elle ouvre, il dort. Je suis gênée de le réveiller. Elle commence à le toucher avec douceur et à lui parler pour qu'il se réveille. Il fait une crise d'épilepsie. Ma maître de stage commence à regarder sa montre pour chronométrer le temps de la crise. Ce temps me paraît interminable. Je commence à angoisser car cela n'en finit pas. Je vais vite chercher deux personnes de l'équipe pour qu'elles appellent les infirmières et je suis horripilée de leur calme et de ce qui me paraît de l'indifférence. Monsieur J. finit sa crise, essoufflé, et je vais alors lui parler : « Ça doit être dur de perdre le contrôle. Ça va aller, reposez-vous. ». Sa poitrine se soulève dans une large amplitude. Il me semble épuisé. Dans l'après-midi, pendant une réunion j'ai du mal à respirer et je dois m'isoler à la fin pour

reprendre mon souffle. Sur le moment je ne sais pas quoi faire de ce que je vis. J'attribue cela au choc.

Une semaine après, je reprends cette expérience en analyse de la pratique à la faculté et je me rends compte que j'ai beaucoup de culpabilité. Je me sens responsable de cette crise d'épilepsie. Il est possible que cette culpabilité soit sous-tendue par le fantasme que j'aurais pu causer sa mort en le réveillant. L'agressivité que je ressens vis-à-vis de l'équipe qui a réagi avec ce qui me paraissait de l'indifférence est peut-être mal dirigée. En effet, le seul responsable est Monsieur J. qui fait une crise d'épilepsie. Mais comment lui en vouloir ? Alors je fais circuler cette colère sur l'équipe pour m'en décharger.

La séance qui suit est très dure pour moi car j'ai l'impression qu'il est encore plus en proie à des angoisses qu'à l'ordinaire. Il se laisse tomber et je le retiens à bout de bras. Je me fais mal au dos tellement je le porte pendant ces trajets. Il me semble que ce n'est peut-être pas lui qui se sent plus mal mais bien moi qui lui propose de prendre appui sur moi. J'ai l'impression de me punir, ce jour-là, à cause de la culpabilité que je ressens vis-à-vis de la crise d'épilepsie de la séance précédente. Il me faut partager mes vécus en analyse de la pratique pour me rendre compte que je ne suis plus dans le soin mais dans une sorte « d'autoflagellation ». Après avoir pris du recul sur ces événements, je peux revoir Monsieur J. sans cette culpabilité et lui proposer de trouver en lui les appuis qu'il semble tant chercher. Cette séance est un déclic et me permet de donner une direction nouvelle à ses soins. L'élaboration à plusieurs m'est alors d'un grand secours dans cette expérience clinique difficile.

De plus, peut-être que cette sorte d'indifférence que je perçois est un moyen pour les équipes du quotidien de faire face à l'idée de la mort d'un résident. Se couper de leurs émotions et, dans ce cas, de la peur, serait un moyen de se protéger du danger auquel cette population nous confronte : nous pourrions les voir mourir et causer leur mort. Le réveiller pour son soin a-t-il causé trop de stimulation et initié sa crise d'épilepsie ? Devons-nous pour autant le laisser tranquille et le protéger de toute stimulation ? Je ne suis pas sûre que ce soit la solution. Dans la même idée, je suis agacée de le voir continuellement dans sa chambre, seul, comme si les équipes ne souhaitaient pas prendre le risque qu'il se blesse en tombant, ou de blesser quelqu'un. J'ai l'impression que les périodes où Monsieur J. se laissait tomber d'une hauteur ont marqué ses soignants, et que désormais tout le monde cherche à le protéger, au risque de le couper de la vie. D'ailleurs, Monsieur J. prend des neuroleptiques depuis 2012,

et je me demande si ce n'est pas depuis cette époque qu'il est si éteint. Parce que, comme je l'aborderai dans la suite de mon écrit, notamment en décrivant les trajets pour aller en séance, Monsieur J. semble avoir une pulsion de mort qui prend le pas sur sa pulsion de vie. Est-ce la peur de le voir se blesser si régulièrement et le fantasme inconscient qu'il ne se tue qui a poussé son médecin à lui donner des médicaments qui l'assomment ? Ceci n'est pas sans me rappeler son indication de soin qui est de « lui proposer des stimulations sensorielles sans danger ».

(3) Le trajet

Chaque mercredi, à 9h, nous allons le chercher le dans sa chambre. Il est souvent allongé dans son lit, sans bouger, sans faire de bruit. Je considère que la séance avec lui commence dès notre entrée dans sa chambre et se termine quand nous le raccompagnons jusqu'à sa chambre. En effet, il arrive que nous passions 15 à 20 minutes à faire le trajet aller-retour sur 45 minutes de séance. C'est un gros travail sur ses appuis et la tenue de son axe.

Un jour, lors d'une des premières séances avec Monsieur J., nous l'accompagnons dans le couloir après l'avoir sollicité pour qu'il se lève. Je lui tiens la main et il enfonce ses ongles dans ma chair. J'ai mal et je lui demande de serrer moins fort. Comme il ne réagit pas, je ne lui laisse qu'un seul doigt au creux de sa main. Il s'y accroche et marche en oscillant. Une fois arrivé dans le couloir, il commence à prendre de plus en plus appui sur mon bras. Je lui fais remarquer comme il est lourd. Il se penche sur moi et j'ai du mal à le garder droit. Petit à petit il pèse de tout son poids et se laisse tomber au sol avec fracas. J'ai peur qu'il se blesse et je l'accompagne donc dans sa chute. Je suis obligée de le récupérer tant bien que mal au risque de me faire mal au dos. On dirait que Monsieur J. essaye de se faire porter. Il me semble qu'il n'a pas construit son axialité et manque d'appuis. Il essaye d'en trouver en butant contre un mur ou une personne et en se faisant porter par le sol dans sa chute. J'ai également l'impression qu'il s'agrippe à notre main quand il se met à nous tirer pour chuter. Est-ce que cette recherche de portage (par nous, par le sol et les murs) est un moyen de lutte contre des angoisses de chute ? Il ne trouve pas d'appuis en lui et doit en chercher à l'extérieur. Monsieur J. se retrouve donc allongé sur le dos et j'ai le plus grand mal à le faire se relever. Il ne réagit pas à mes sollicitations et le temps passe. Je suis désemparée quand je lui prends la main pour qu'il se lève et qu'il tire de plus en plus sur ma main ; je n'ai plus

d'autre choix que de le porter ou de le laisser. Je lâche donc sa main et je lui demande, après lui avoir fait remarquer qu'il semble avoir besoin d'être au sol, qu'il est l'heure d'aller en séance et qu'il serait bien qu'il vienne avec nous. Il finit par se mettre accroupi. Je prends alors sa main sans tirer dessus et il tire ma main et celle de ma maître de stage pour se lever. Nous arrivons en séance après de longues minutes. Cette scène se reproduit de nombreuses fois au cours de son suivi.

Au fil du temps, je me sens épuisée de devoir l'encourager lorsqu'il est par terre pour se lever. Le trajet me semble interminable. Une fois j'ai envie de le mettre sur un drap et de le tirer jusqu'à la salle. Après réflexion, cette image parle de la mort. L'image de Monsieur J. allongé sur un drap convoque l'image fantasmatique d'un corps mort dans un linceul. Qu'en est-il de sa pulsion de vie et de mort ? Il me semble que la pulsion de vie et celle de mort sont intriquées chez lui. En réaction à cela Monsieur J. a parfois tendance à m'énerver. J'ai envie de le tirer, qu'il se dépêche, qu'il bouge, qu'il prenne vie finalement. Lors de notre première rencontre, je m'étais accrochée aux mouvements de Monsieur J., à ses bruits, ses stéréotypies... Était-ce un moyen de m'accrocher aussi à ce qu'il y a de vivant chez lui ?

Ce n'est finalement que lorsque j'ai l'idée de le guider pour qu'il trouve des appuis en lui pendant ce trajet, que je vis plus ce moment comme la répétition d'un échec. Il peut, guidé par ma voix et par mon tonus, pendant que je me redresse en tenant son bras, trouver des appuis en lui, et marcher avec moins d'angoisses. En tout cas, c'est ce que je perçois, car il se met beaucoup moins au sol depuis plusieurs séances. Depuis le milieu de son suivi, je lui propose donc d'aller seul au sol, aidé de ses mains quand il en ressent le besoin, afin de ne pas nous faire mal. Il réussit parfois à s'aider de ses mains pour s'installer à quatre-pattes au sol quand ma maître de stage et moi sentons qu'il va se laisser tomber et que nous diminuons l'appui qu'on lui propose. Il est alors capable de passer seul de la position allongée à assise avec les genoux en « W ». Ensuite, je l'invite à pousser sur ses jambes pour se mettre debout et je lui propose ma main quand il pousse. Il réussit à se mettre debout et à nous suivre. Quand il commence à se laisser tomber, je lui propose de pousser sur ses jambes, de redresser son dos pour se tenir tout en diminuant mon appui (je mets ma main contre son épaule plutôt que de soutenir son bras). Je me sens soulagée de le voir trouver des ressources en lui et marcher plus facilement, car il est ramené du côté de la vie dans mes représentations. L'image du mort-vivant me quitte à ce moment-là. J'espère que mettre l'accent sur le fait de pousser sur ses jambes, le fait de prendre conscience de son poids sur les pieds, et l'aider à

trouver ses appuis va lui permettre de se lever sans trop d'angoisse. Je compte par la suite verbaliser de plus en plus ce que je vois se modifier dans son corps quand il repousse le sol.

Je reviens sur un trajet particulier qui a été éprouvant et révèle peut-être les difficultés que Monsieur J. fait vivre à l'équipe en se mettant aussi souvent au sol. Un jour, alors que le travail sur la perception des appuis progresse, Monsieur J. a de grandes difficultés à nous suivre et se laisse souvent tomber. Alors que nous traversons le couloir tous les trois et qu'il est allongé au milieu du couloir de tout son long, un membre du personnel vient l'interpeller : il lui demande d'un ton très autoritaire et avec insistance de se lever. J'ai l'impression de voir une mère disputer son enfant qui fait un caprice. Je suis très en colère et j'explique posément à cette personne que nous lui accordons des « moments de pauses pendant le trajet ». Sur le chemin du retour, la personne revient à la charge en citant avec ironie la « pause » de Monsieur J. Je ressens beaucoup d'agressivité. D'autres personnes font des remarques sur le fait que Monsieur J. par terre et je ressens comme une pression sur moi. J'ai du mal à ne pas brusquer Monsieur J. Je lui demande de se lever, lui prends la main pour l'aider alors que cette conduite ne fait qu'empirer son besoin de se faire porter et de rester à terre. Ce trajet est un calvaire par toutes ces d'intrusions et cette agressivité. J'ai l'image de chiens qui me mordent à chaque mètre que nous parcourons. En réalité, il me semble qu'il est insupportable à ces personnes de voir un homme de 33 ans allongé en plein milieu d'un couloir à gêner la circulation. Il y a une incompatibilité de représentation entre un homme adulte et la personne qui se laisse choir au milieu du couloir tel un enfant incapable d'être raisonnable, d'obéir et de se tenir correctement. C'est pour cela qu'une grande agressivité nous est renvoyée à cause de la violence que provoque la vue de cet homme dans cette situation. Comment est-ce possible ? L'autorité et la violence seraient un moyen de se défendre face à cette incohérence totale, cette impossibilité de représentation. Elles donnent une impression de contrôle de la situation.

B) Des propositions de séances pour le chercher

(1) Un tonus et des appuis pour se tenir

Comme je l'ai décrit dans le trajet pour aller en séance, il semble manquer d'appuis et ne pas avoir d'axialité. Il a une scoliose très marquée et j'imagine qu'il doit avoir une perception particulière de sa colonne vertébrale. Je m'aperçois que Monsieur J. fait remonter son bol alimentaire dans sa bouche. Ce mérycisme est-il pour lui un moyen de sentir son axe en faisant des va-et-vient avec son bol alimentaire ? Est-ce aussi un moyen de retenir en lui quelque chose tout en explorant la sensation d'intérieur et d'extérieur de son corps (avec les aliments qui sortent de l'estomac et remontent dans la bouche puis avaler pour remettre en soi) ? Je fais le lien avec son incontinence et son absence de contrôle sphinctérien. Là encore, rien ne tient : de la même façon qu'il se colle contre un mur avant de me donner l'impression de couler jusqu'au sol, ses liquides s'écoulent sans contrôle hors de lui. Il est possible que cela fasse vivre à Monsieur J. des **angoisses de liquéfaction**. Quelle représentation peut-il avoir de l'intérieur de son corps et de l'extérieur, le tout séparé par des orifices, s'il ne maîtrise pas ce qui sort de lui ?

En outre, ces chutes brutales répétées doivent faire vibrer son squelette. Il se laisse tomber sur le dos et sur les fesses, ou plus rarement sur les côtés quand on lui tient la main. Il est possible qu'il sente ainsi l'onde de choc résonner le long de sa colonne vertébrale et de ses os. Il fait même parfois des sauts sur place et cela me conforte dans l'idée qu'il cherche les percussions osseuses. Il l'expérimente quand il tape ses mains sur le matelas à eau ou un gros ballon pendant les séances. Je pense qu'il cherche à sentir son squelette. Est-ce pour lui un moyen de sentir la solidité de son squelette et celle de sa structure interne ? Ces expériences sensorielles seraient pour lui un moyen de lutter contre **des angoisses d'effondrement** et de sentir ses limites corporelles par la sensation osseuse. La manière qu'il a de nous enfoncer les ongles dans la peau lorsqu'on lui donne la main est peut-être aussi un moyen de sentir chez l'autre une limite qu'il ne trouve pas chez lui. C'est potentiellement pour cela qu'il tombe pour rencontrer le sol qui lui donne une butée et lui permet de se sentir. Quand il tient notre main et nous donne tout son poids, il s'agrippe à nous, peut-être pour lutter contre ses angoisses d'effondrement et/ou de chute ? Il cherche des appuis en nous.

Après avoir observé, au fil du temps que Monsieur J. paraissait manquer d'appuis, je choisis de lui proposer en milieu de suivi un enroulement sur un gros ballon. La psychomotricienne et moi l'aidons à s'installer à plat ventre dessus. Je mets mes pieds au sol, derrière les siens, pour qu'il puisse y prendre appui pour avancer sur le ballon. Il ne réagit pas à ma proposition. Ma maître de stage le fait alors avancer sur le ballon pendant que je pousse sur ses pieds. Il semble apaisé dans cette position d'enroulement qui donne de l'unité corporelle. Il est silencieux et immobile. Nous lui proposons alors des enroulements d'avant en arrière. Je verbalise comment, en poussant sur ses jambes, il peut rouler ainsi vers l'avant. Ma maître de stage tient le ballon sur le côté pour ne pas que Monsieur J. tombe sur le côté. Il ne bouge pas si bien que je le fais bouger en poussant avec mes mains sur le dessous de ses pieds pendant qu'il est sur la pointe des pieds. Il va donc d'avant en arrière avec ses pieds appuyés contre mes mains ou mes pieds au sol. Monsieur J. n'agit pas seul mais il paraît bien installé car il reste un bon moment dans cet enroulement. Je me dis qu'il serait intéressant de lui en proposer d'autres.

Lors d'une séance récente, Monsieur J. se laisse tomber sur le matelas à eau, les jambes dans le vide et les genoux au bord du matelas. Je mets mes mains de manière à ce qu'il puisse appuyer sur le matelas sans glisser, et, à ma demande il peut pousser sur mes mains avec ses pieds pour se hisser au centre du matelas. J'essaye également de lui faire vivre le repoussé du sol avec les mains en l'installant sur le ventre, mais il se laisse glisser au sol, hors du matelas, plutôt que de pousser sur ses bras pour se mettre à quatre-pattes. Ce n'est que très récemment, en fin de séance, qu'il passera de la position allongée sur le dos au quatre-pattes en poussant sur ses bras.

Les temps de trajet au cours desquels je propose à Monsieur J. de porter son attention sur l'appui de ses pieds au sol, sont des moments pendant lesquels je travaille sur l'axialité et la prise d'appuis avec lui. Il me paraît important de noter que, tandis que lui se tient à moi, je m'appuie au cadre pour tenir. Quand je vais le chercher dans sa chambre, je lui rappelle qu'il est l'heure de sa séance alors qu'il ne vient pas. Quand il reste au sol, je m'accroche au fait que peu importe le temps dont il a besoin pour aller en séance, celle-ci aura lieu car il a une prise en charge en psychomotricité indiquée par un médecin.

Le dialogue tonique dont nous allons maintenant parler soutient aussi le besoin de Monsieur J. de trouver ses appuis pour se tenir avec une aide extérieure.

(2) Le dialogue tonique pour se trouver

Au cours d'une séance, Monsieur J. est assis au sol et je viens me mettre assise par terre dans son dos. J'ai envie de voir comment il réagit si je le porte en appuyant mon buste contre son dos. Il vocalise en faisant de long « Ah » continu. Quand je mets mon buste contre lui, il s'éloigne de moi en se penchant en avant en faisant des « Ah » entrecoupés tellement il contracte ses abdominaux pour hisser son tronc vers l'avant. Je m'avance de nouveau contre lui, touche son ventre et lui fais remarquer comme il est dur et comme il contracte fort pour se lever. Je renforce mon contact contre son tronc et l'enveloppe de mes bras. Il commence alors à prendre appui sur mon buste. Je le tiens ainsi en me réinstallant car il est lourd sur moi. Je serre les abdominaux pour le porter puis je me penche en arrière pour m'aider de mes mains et diminuer petit à petit la tension dans mon ventre. Monsieur J. reste ainsi un moment, sans vocaliser avec un tonus plus bas. Je le pousse, je le relâche et j'alterne ainsi. Nous passons quelques minutes dans cette position, dans un accordage tonique. Peut-être que Monsieur J. a ainsi trouvé assez d'appui pour diminuer son tonus ? Puis il se remet à tirer sur ses abdominaux et à pousser sur ses mains pour se relever. Il vocalise de nouveau. Je suis tout de même contente qu'il ait pu trouver un moment, appui sur mon corps. Monsieur J. semble chercher régulièrement la butée dans son dos, le choc du sol dur dans son dos en chutant. Je me demande donc si la fonction d'arrière-plan de son dos ne joue pas son rôle. Ainsi, Monsieur J. cherche non seulement à être porté car il manque d'appuis mais aussi à trouver le dur dans son dos pour matérialiser cet arrière-plan qui lui fait défaut.

Une autre fois, cela fait seulement quelques séances que je vois Monsieur J. Nous allons le chercher dans sa chambre pour la séance. Il est sur son lit, en position fœtale. Il a du mal à venir avec nous. Nous lui prenons la main et ma maître de stage lui demande de se lever. Il ne vient pas, alors nous lui mettons les pieds au sol. Nous alternons nos demandes mais il ne vient toujours pas. Enfin, il se lève et nous l'accompagnons. Je le trouve calme, il ne s'agrippe pas trop à nous. La psychomotricienne prend sa main et le guide. Il fait quelques brèves vocalises. Elle lui lâche la main et je touche seulement son épaule. Nous le guidons verbalement et je lui indique que s'il a besoin de se mettre au sol, il peut le faire en se mettant à genoux, sans nous entraîner dans sa chute. Il arrive dans le couloir et au bout d'un moment se laisse tomber. Il prend beaucoup de temps à se relever. Je ne sais pas comment m'y prendre. Nous lui demandons de nous suivre mais il enlève sa main de la mienne quand je vais le chercher. Ma maître de stage non plus n'arrive pas à le faire se lever. Au bout d'un

moment, il se lève et va en marche arrière se cogner le dos à une porte que nous lui indiquons. Il se laisse ensuite glisser au sol le long de la porte. Il recommence cela deux fois de suite. Je suis en difficulté car j'ai peur qu'il ne se blesse et je suis à court d'idées pour l'accompagner jusqu'à la salle. Au bout d'un moment il se met à sauter sur place et la psychomotricienne tient sa main. Ils commencent alors à avancer par petits sauts jusqu'à la porte de la salle Snoezelen. Devant la porte, Monsieur J. commence à glisser ses bras autour du cou de ma maître de stage. Ils sautent alors au même rythme, très proche, et Monsieur J. s'agrippe fermement derrière sa nuque. À ce moment Monsieur J. et ma maître de stage sortent du collage. Il y a un espace entre eux quand ils sautent. C'est peut-être ici que Monsieur J. et ma maître de stage se trouvent. Un dialogue tonique a pu s'instaurer entre eux qui permet d'entrer en contact avec Monsieur J. Il trouve des appuis sur l'autre plus dans un tout confondu entre soi et l'autre. La question de la différenciation de Monsieur J. me vient. Il semble chercher le collage dans la proximité physique en se collant à l'autre. Pourtant dans cet accordage du rythme des sauts et du tonus ils se décollent. Quand l'altérité entre lui et l'autre est trop perceptible, il semble fuir la relation. Ces sauts ont été un compromis. Le collage est-il pour lui un moyen d'annuler l'altérité provoquée par la présence trop visible de l'autre ? Si l'altérité reste présente, alors il fuit le contact avec l'autre. Voyons maintenant un extrait de séance qui illustre cette indifférenciation.

(3) Le matelas à eau dans la confusion

Comme expliqué plus haut, Monsieur J. paraît apprécier s'installer lorsqu'il arrive dans la salle Snoezelen sur le matelas à eau. Il y va spontanément, une fois qu'on l'a accompagné jusqu'au centre de la pièce. Malgré sa cécité il a construit quelques repères spatiaux dans cet espace. Il repousse ma main, se recouche après que nous l'ayons aidé à se mettre assis. Il augmente en quantité ses stéréotypies : se balance, vocalise et entrechoque ses mains.

Un jour alors que nous allons le chercher, il refuse de venir. Je lui fais remarquer : « Il semblerait que vous ne voulez pas venir. » et j'insiste sur le fait qu'il est l'heure de sa séance et que le médecin lui a prescrit ce soin. Je m'appuie sur le cadre de la séance et le lui explique bien que je ne sois pas sûre qu'il comprenne ma demande. Je commence donc à l'asseoir dans son lit, mais une fois assis il s'allonge de nouveau. Je pense, au début du suivi, qu'à ce moment-là, il est peut-être dans l'expression de ses choix. Est-ce qu'en réalité, dans notre

approche avec lui, nous n'échouons pas à le rencontrer ? Ce début de séance me paraît laborieux presque à chaque fois, épuisant et même agaçant. Ainsi, quand nous allons le chercher dans sa chambre, je m'appuie sur le cadre, sur ma maître de stage qui tente elle aussi de l'attirer. Avec du recul, je pense que c'est un point à travailler. Comment aller à la rencontre de Monsieur J. dans sa chambre ? Ma maître de stage, quand elle saute avec lui jusque dans la salle l'a peut-être attrapé par un tonus qui répond au sien. Il serait intéressant que ceci soit approfondi dans la suite de son suivi. Le dialogue tonique pourrait être un lieu de rencontre à mi-chemin entre collage et distance. Il est possible que nous arrivions avec un tonus qui est plus haut que le sien, et que lui parler en plus lui renvoie beaucoup d'altérité. Or, Monsieur J. semble chercher à l'annuler par le collage pour aller dans l'indifférencié. D'après ce que j'ai observé des dialogues toniques que nous avons pu faire ensemble, il semble être plus ouvert à un échange quand on va le trouver dans un accordage tonique. Cela nous amène à le rencontrer en marquant moins la différence entre lui et nous, entre son corps et le nôtre, entre son tonus bas et le nôtre élevé. Aller sur le matelas chaud, mou et doux évoque une fusion réparatrice, une tentative de retourner dans le bain amniotique. Monsieur J. s'y abandonne jusqu'au sommeil.

Un moment pendant la séance m'évoque que Monsieur J. a besoin d'aller dans le tout confondu, l'indifférenciation. Quasiment à chaque séance, il s'installe sur le matelas à eau. Nous sommes donc tous les trois sur le matelas, parcouru de vagues, chaud et mou. Or, s'installer dans le mou, le chaud nous met dans une situation d'indifférenciation. On ne perçoit pas d'où viennent les vagues, qui provoquent le mouvement. Lui proposer de temps en temps d'aller s'installer sur du dur pourrait être un moyen de mieux lui faire sentir son corps dans un élément qui ressemble moins à un « magma ». Il pourra mieux sentir ses appuis, le poids de son corps et ses limites corporelles. Car j'ai dans l'idée que dans ses enroulements répétés, la façon qu'il a de se regrouper parle de son besoin de sentir son unité corporelle. Les balancements stéréotypés sont peut-être des agrippements afin de lutter contre des angoisses de morcellement. Monsieur J. semble effectivement avoir une perception de son corps comme un mélange de membres, une représentation morcelée de son corps. Continuer à aller dans le mou ne pourra que poursuivre cette perception si indistincte des parties de son corps.

Ma maître de stage prévient toujours cinq minutes avant la fin qu'il va falloir se préparer pour retourner dans son unité. Pourtant, la fin des séances est souvent longue et compliquée,

d'autant plus lorsqu'il est enveloppé dans un tissu ou allongé sur le matelas à eau. Il semble si bien qu'il s'endort parfois et le retour « parmi nous » est difficile. Nous le découvrons lentement, je mobilise doucement ses extrémités ou nous lui parlons, nous faisons parfois quelques commentaires sur la séance. En somme, tout est fait pour qu'il sorte progressivement de l'état de bien être presque léthargique dans lequel le mettent ces moments où il peut être contenu par le tissu ou le matelas enveloppant. Il se relève alors en glissant du matelas et recommence ses « Aah » fort. Il tape sur le matelas de ses mains comme pour se sentir. La fin de l'enveloppement semble nécessiter de sentir le dur par des chocs répétés. Est-ce que cette seconde peau qui lui est ôtée nécessite de nouveau de mettre en place ses moyens de lutte contre des angoisses de morcellement ? Il ne sent plus son corps dans sa globalité et tape pour se sentir. Ma maître de stage ou moi lui prenons la main pour le guider de nouveau jusqu'à sa chambre. Le retour se passe aussi difficilement au début que l'aller, et ce n'est que récemment qu'il est plus facile, avec l'expérience de conscience des appuis qui lui est proposée. Nous le ramenons dans son unité et nous lui indiquons un fauteuil pour s'asseoir ou un canapé pour qu'il s'allonge recroquevillé. J'espère ainsi qu'il puisse profiter d'un temps dans le groupe pour entendre les autres, sentir l'air sur sa peau au passage de quelqu'un près de lui, l'entrée et le départ d'un soignant. Je souhaite ainsi qu'il puisse non seulement être en lien avec la vie mais aussi qu'il reste connecté par le bruit, à la notion de temps qui passe et de profondeur de l'espace qui l'entoure. Car du fait de sa cécité j'imagine qu'il n'a pas acquis la notion de permanence de l'objet et que ses représentations de l'espace sont pauvres.

(4) Le hamac et mon changement de représentation

Comme je décris cela tout au long de mon écrit, la rencontre est difficile avec Monsieur J. Je me demande ce qu'il comprend de mes propositions. Il est si peu réactif à celles-ci quand je vais le chercher dans sa chambre. Je me sens parfois découragée de le voir si peu enclin à nous suivre. De quoi peut-il se saisir lors de notre échange qui me semble parfois à sens unique ? Le dialogue tonique a sûrement été un des lieux de notre rencontre. En voici un autre.

Pendant une séance, au milieu de son suivi, je propose un enveloppement dans le hamac à Monsieur J. J'aimerais lui prodiguer de la contenance pour qu'il soit peut-être plus

disponible à nos propositions. Nous l'aидons à s'installer, et alors qu'il est assis dans le hamac, il se lève. Il fait des tours sur lui-même en faisant de petits sauts puis il ne bouge plus. Je me demande s'il n'attend pas quelque chose. Je tape sur le matelas à eau et le tissu tendu du hamac pour les lui montrer. Soudain, Monsieur J. recule et se laisse tomber en arrière au bon endroit. Ma maître de stage et moi avons juste à tendre correctement le hamac pour qu'il chute en toute sécurité dedans. Je suis surprise de voir à quel point, finalement, il comprend ce que je lui dis. En effet, depuis quelques séances j'utilise de plus en plus la guidance verbale car je me rends compte qu'il peut se saisir de mes explications, de mes indications alors qu'il me paraissait imperméable à la parole pendant des mois. Je pense que ce moment où j'ai découvert que Monsieur J. pouvait se saisir de ma description de son environnement et s'appuyer sur mes indications pour marcher avec un peu plus d'aisance, m'a vraiment aidé à redonner une dynamique à la séance. En effet, il a tendance à épuiser ma capacité à envisager une évolution dans son suivi, ma capacité de rêverie. Il est parfois insaisissable. Imaginer un choix de sa part quand il s'élance sur le hamac me redonne des idées, renouvelle la perception, la représentation que j'ai de lui. Il peut être un sujet pensant, agissant avec des désirs et sa personnalité.

Comme je vois qu'il comprend plus de choses que ce à quoi je m'attendais, je lui décris, à l'aide du son que fait une balle quand je la secoue et avec des notions spatiales, la taille de la pièce dans laquelle il est, j'essaye de lui faire percevoir la profondeur... Je tapote aussi son corps avec cette balle sonore pour qu'il sente et entende en même temps la balle qui avance de ses pieds jusqu'à sa tête. J'insiste plus sur les notions de droite et gauche sur son corps.

Je ne sais pas si Monsieur J. est bien repéré dans le temps. En revanche, d'après son dossier il a des inversions de son rythme nyctéméral (jour, nuit). Il dort beaucoup la journée, se couche très tôt et se réveille tôt le matin. Il est possible qu'il manque donc de repères dans le temps. Quand il se balance dans le hamac, je chante une comptine afin de lui donner un rythme dans ses mouvements. J'espère ainsi l'aider à structurer le temps, donner un rythme au temps qui passe. Cette comptine est aussi un bain sonore dans lequel je l'enveloppe, plus du côté de la vie que les longues vocalises qu'il produit. Elles sont sans fin, sans représentation alors que je lui propose plutôt une transmission avec la comptine que l'on m'a apprise un jour. Elle pourrait faire trace en lui.

Toujours dans l'idée de lui donner des repères spatio-temporels, nous l'aménonons au même endroit de la salle en début de séance et nous lui indiquons l'heure de sa séance en lui donnant une balle à picot.

Il fait aussi des crises d'épilepsies assez régulièrement. Elles doivent être vécues comme de réelles ruptures dans sa continuité d'être. Un travail autour de la continuité d'existence me paraît donc primordial.

C) Comment je tente de mettre en forme le corps de Monsieur J.

J'éémets l'hypothèse que Monsieur J. vie son corps comme morcelé, avec des angoisses d'effondrement, de chute, de liquéfaction. Ainsi, tout au long de son suivi, je tente de lui faire sentir son corps comme un tout, avec la représentation de la peau comme une enveloppe fermée. Je lui fais percevoir la solidité de son corps (de son squelette), la tenue que peut lui procurer des appuis pour faire naître son axialité.

J'essaye donc de lui proposer une nouvelle manière de bouger où il ne chute pas. Je l'accompagne pour qu'il sente comment ses pieds le tiennent, ses jambes repoussent le sol, son corps le porte. C'est en changeant la représentation que j'ai de lui que je me suis autorisée à utiliser un guidage verbal avec cet homme. Je pensais qu'il ne pouvait comprendre mes propos mais en réalité, il m'a démontré qu'il peut s'appuyer sur ma parole pour se mouvoir différemment. Différentes expérimentations autour du repoussé du sol lui sont proposées. Il est sur le gros ballon et ma maître de stage et moi lui faisons sentir que ses pieds peuvent prendre appui au sol pour faire rouler son tronc sur le ballon. Dans le hamac, il est assis et je le guide pour qu'il pousse le sol et se balance accompagné d'une comptine. Je lui fais prendre appui sur mon corps quand il est assis dos à ma poitrine. Dans un dialogue tonique, nous découvrons que Monsieur J. peut se reposer sur moi, me donner son poids. Je lui fais découvrir ce que ça fait d'être porté, tenu, de ne plus vivre cette chute infinie qu'il rejoue. Quand il souhaite aller sur le matelas à eau, je mets mes mains au niveau de ses genoux pour qu'il pousse dessus et avance. Un travail sur le tenir et lâcher a lieu. Je lui tiens le bras, je le lâche pour qu'il se tienne seul. Il lui est proposé une exploration du dur et du mou, de l'enroulé et déroulé autour de son axe. Nous alternons silence et parole.

Monsieur J. arrive à marcher avec plus de facilité quand je le guide et les trajets deviennent plus plaisants. Il change dans mes représentations et je le vois comme un sujet pensant, agissant, pouvant s'approprier ce que je lui transmets. Il est alors du côté de la vie dans mes représentations et ma capacité à le penser, à imaginer la suite du suivi revient.

Je lui fais sentir son corps par le toucher avec des percussions, des pressions plus ou moins fortes, la caresse d'un drap, le poids d'une couverture lestée... Je souhaite qu'il sente le solide des os, la consistance de la chair, la continuité de la peau qui enveloppe le corps. La psychomotricienne et moi lui faisons vivre des enveloppements dans un tissu, sur le matelas à eau, dans le hamac pour lui donner de la contenance. Quand le suivi avance, je chante à côté du hamac en le balançant pour lui proposer une enveloppe sonore du côté de la vie, différente de ses vocalises répétitives qui n'amènent pas de représentations. Avec des mobilisations passives, je lui fais percevoir comment chaque partie de son corps est reliée. Je pousse sous son pied et sa cuisse est entraînée, son genou se plie, son bassin bouge. Je pose ma main sur ses articulations pour qu'il sente mieux comme ses os bougent. Je tente de donner de l'unité corporelle à Monsieur J., de lui faire sentir comme chaque bout de lui-même est relié au suivant. Il y a un doigt puis une main, un avant-bras, un bras, une épaule...

En somme, je mets en forme son corps grâce à ces différentes modalités. En parallèle de ce travail, je cherche Monsieur J. et nous nous rencontrons à différents moments. Il n'y a pas eu une seule rencontre au cours de laquelle mes représentations ont changé. Ça a été une évolution sur plusieurs semaines. Je le vois parfois plus du côté de la vie, je rêve qu'il désire, qu'il refuse, qu'il sourit. Je lui attribue des émotions, des pensées et dans mes représentations il est plus humain qu'auparavant. Je ne vois plus seulement un mort-vivant, un robot, un bâton... Je lui propose donc des comptines, de percevoir l'espace grâce au son d'une balle, je lui donne des représentations de ce qui l'entoure.

D) Problématique de Monsieur J.

Monsieur J. semble avoir des pulsions de vie et de mort intriquées. La menace imaginaire de sa mort est permanente. Sa construction psychomotrice et les nombreuses chutes qu'il réalise laissent à penser que bouger est dangereux pour lui. Il a tendance à ne pas bouger, et

d'ailleurs, son équipe de soin ne le pousse pas non plus à se déplacer. Or, l'immobilité est du côté de la mort. Monsieur J. tient pour ensuite tomber. Il nous pousse à le porter, à le tenir à bout de bras, à l'accompagner coûte que coûte dans sa chute. Je n'arrive pas à le lâcher. Il m'a fallu l'aider à trouver des appuis en lui pour le laisser tenir seul. Est-ce que cela parle de son propre vécu de lâchage ? Cet homme a peut-être eu le sentiment d'être lâché, d'abord par son père absent de sa vie, puis par sa mère qui l'a mis en institution. Il semble que Monsieur J. rejoue ce lâchage dans ses chutes.

Monsieur J. est aussi dans le tout ou rien : lâcher ou tenir, pulsion de vie ou de mort, fermé ou ouvert, dedans ou dehors (avec son mérycisme et sa propreté pas acquise).

Nous avons vu combien il a parfois été difficile de le rencontrer, de le penser, d'imaginer comment organiser son suivi alors que ses difficultés ont tendance à me sidérer. Nous avons perçu combien il est important d'aller chercher le patient dans une modalité de rencontre qui lui convient, qui le touche, où un lien peut s'établir. Nous allons maintenant voir mes réflexions autour de dispositifs pour penser à plusieurs le patient. Cela débloque une capacité de rêverie qui est parfois attaquée dans le polyhandicap. En effet, cette clinique nous renvoie des représentations dites de la « figure du monstre », déshumanisées. Ainsi, je développe de quelle façon j'ai approché en séance les personnes polyhandicapées pour que la rencontre ait lieu.

PARTIE THÉORICO- CLINIQUE

I) Les attaques de la pensée

A) Une humanité qui ne va pas de soi

Je vais raconter mon premier jour dans l'établissement qui m'accueille pour mon stage de dernière année de psychomotricité. Ce jour-là, j'ai rendez-vous avec ma maître de stage dans la MAS et je suis en avance. Je décide donc de rentrer dans l'établissement pour l'attendre. Je suis assez nerveuse car ce n'est pas la première fois que je fais un stage en MAS et les premières minutes passées dans l'établissement m'avaient paru longues la fois précédente.

Des résidents sont là et ma nervosité persiste. L'un d'entre eux a un casque sur la tête et il sourit en faisant : « Ahh » avec un air sympathique qui contraste avec l'air de boxeur que peut lui donner son casque. Il me regarde et s'approche de moi. Un autre homme vient aussi à ma rencontre. Il est grand et mâche un jouet en bavant beaucoup. J'ai l'image d'un chien se promenant avec un os qui me vient. Je le trouve impressionnant, du haut de ses 1 mètre 80. Je les salue et, même si je ne suis pas sûre qu'ils comprennent, je leur dis ce que je fais ici. J'essaye ainsi de me mettre à l'aise en brisant la glace avec eux. Car je suis comme figée, assise sur un banc au milieu du couloir. Je tiens mon sac sur mes genoux, mal à l'aise. J'essaye d'avoir l'air naturel quand je leur parle, comme s'il était ridicule d'être inquiète en présence de ces personnes handicapées.

Petit à petit, d'autres résidents passent dans les couloirs. Je me sens comme encerclée. Ils ont l'air intrigués par ma présence et ils s'approchent de moi. Je me souviens surtout des deux hommes dont j'ai parlé précédemment. Rester avec eux fait croître mon envie d'être seule, comme si leur présence m'indisposait. Ils ne parlent pas et j'ai peur qu'ils viennent se coller à moi, m'attrapent, me touchent. Je suis sur le qui-vive. Je regarde souvent l'heure en espérant que ma maître de stage arrive. J'ai chaud. Quelques soignants me demandent qui j'attends puis repartent à leurs tâches. Cette première rencontre m'a laissée sur la réserve, plutôt sur la défensive. C'est comme si ces gens, si différents de moi, par leur physique marqué, leur absence de langage verbal, leur attitude étrange, pouvaient avoir des réactions imprévisibles, s'en prendre à moi. Au fond, même si je me suis sentie gênée de l'admettre, je me demande s'ils sont humains. D'où les images animales qui me viennent assez régulièrement avec leurs cris, leur étrange manière de se mouvoir, leur regard fuyant et leur manque de distance relationnelle... Pourtant, sous d'autres aspects ils me ressemblent : l'un avec une mimique

enjouée accompagnée d'un rire, l'autre les genoux croisés l'un sur l'autre, une dernière avec un sac à main posé sur les genoux et l'air impatient...

Saulus traite cette évaluation que l'on se fait de l'humanité de l'autre quand on rencontre une personne gravement handicapée, (Ciccone et al., 2007). Selon lui, la question de savoir si la personne gravement handicapée en face de nous est bien humaine se pose et se posera encore chez certains professionnels. Prendre conscience de cette question et y réfléchir permet de mieux accueillir les professionnels ou les parents qui, un jour, pourront éventuellement se la poser aussi. Cela peut se faire de manière consciente ou inconsciente. Finalement, que veut dire être une personne humaine ? Les définitions ont évolué avec l'histoire. Au départ, être humain, selon Aristote, signifiait être un citoyen Grec libre (ni esclave, ni barbare). Puis, avec la Chrétienté en Occident, le concept de personne est né. D'après la Bible, une personne est un homme qui a été créé par Dieu à son image. En philosophie, un humain est une substance de nature raisonnable digne de son Créateur. Enfin, est arrivé le terme d'individu qui peut être propre à l'humain ou à l'animal, tandis que la personne ne s'applique qu'à un être humain. Aujourd'hui, le terme personne est associé à la question de la dignité bien que celle-ci ne soit pas toujours respectée. La personne est une création libre de valeur, définition qui n'est associée ni à Dieu ni à Socrate.

Ainsi, les êtres nés handicapés ont d'emblée le statut de personne, avec une dignité à reconnaître et respecter. Dans le soin, le thérapeute s'appuiera sur les compétences de la personne handicapée, aussi minimes soient-elles. Cependant, il arrive que le soignant ne trouve pas de compétences sur lesquelles s'appuyer et ainsi appuyer son évaluation de l'humanité de la personne. Saulus avance donc que le professionnel doit avoir une éthique maximale au-delà de la religion, de la philosophie ou de la culture personnelle

Je me suis dit ce jour-là que la rencontre ne s'opère pas spontanément avec ce public et que le travail de psychomotricité sera aussi d'aller à leur rencontre.

Il me faudra, avec le temps, lever mes barrières, faire confiance à l'autre et me laisser toucher par cet autre si singulier.

B) La capacité de rêverie du psychomotricien

D'après Bion, la naissance et la qualité de vie d'un sujet sont dépendants de la mère ou de son substitut et de sa vie psychique, notamment sa « capacité de rêverie », (Ciccione & Lhopital, 2001). Cette capacité est liée à la fonction alpha qui permet à la mère de détoxifier les projections du bébé. Ce dernier pourra réintrojecter les éléments alpha. Et, aura lieu la formation d'une « barrière de contact » et la finalisation de la fonction alpha personnelle de l'enfant.

Revenons avec plus de précisions sur cette capacité de rêverie. Bion explique que c'est une qualité indispensable du contenant qui dépend de la fonction alpha. La rêverie serait la manière dont la mère montre son amour à son enfant. Elle est à l'origine psychologique des besoins d'amour et de compréhension du bébé. La rêverie correspond à un état d'esprit réceptif à tout ce qui provient de l'objet aimé. Cet état d'esprit est capable d'accueillir les identifications projectives bonnes ou mauvaises du bébé. C'est grâce à ce mécanisme que le nourrisson va supporter la frustration et développer son sens de la réalité. Prenons un exemple pour éclaircir ce propos. Si le bébé dépasse son seuil de tolérance à la frustration alors il va évacuer dans la mère, grâce à l'identification projective, cette expérience traumatique. La mère va ensuite, avec sa capacité de rêverie, limiter les angoisses catastrophiques liées à cette expérience pour la rendre à son enfant. Finalement, la capacité de rêverie de la mère la rend capable d'interpréter les projections de l'enfant. L'enfant réintrojecte la compréhension que la mère a eu de son état interne. C'est ainsi que le bébé va apprendre à interpréter ses états internes et à penser.

Tout comme le fait la mère avec son enfant, le thérapeute a cette capacité de rêverie avec son patient. L'interprétation que la mère et le soignant font des états internes du bébé dépend de leur propre vécu émotionnel. L'interprétation que nous faisons en séance du comportement d'un patient est un rêve que nous faisons de la signification de la situation émotionnelle. Quand le soignant crée des liens en ayant à l'esprit : « Cela ressemble à... » ou : « Cela me fait penser à... » il utilise sa capacité de rêverie par l'interprétation, (Ciccione & Lhopital, 2001, p.74). La rêverie permet de lier ensemble les diverses parties de la personnalité.

Je développe cette notion de rêverie dans le soin, car j'ai pu la percevoir à l'occasion de plusieurs suivis. Un jour, ma maître de stage et moi-même ramenons Monsieur J. dans sa chambre, à la fin de la séance, quand il tombe et se cogne la tête sur le montant de la porte. Il porte alors sa main à son crâne avec un visage très grimaçant. J'imagine combien il a dû se faire mal, et que l'expression sur son visage est le reflet de sa douleur. Il se met aussi à se balancer en faisant des vocalises très rapides. Je me dis aussi qu'il ne comprend peut-être pas ce qui lui arrive, d'autant plus qu'il est aveugle. Ainsi, je m'accroupis à côté de lui, lui caresse la tête à l'endroit du choc et je lui ai dit, inquiète : « Oh ça doit faire mal, vous vous êtes cogné fort la tête contre la porte ». Je reste à côté de lui le temps qu'il se calme. Une fois qu'il est apaisé, il se lève et nous allons dans sa chambre. Mon interprétation de l'état de Monsieur J. est en fait le reflet de ma capacité de rêverie. Peut-être ai-je permis à cet homme d'intégrer cette expérience après lui en avoir donné un sens, lui qui semblait alors incapable d'en faire quelque chose. Il paraissait désorganisé par cette expérience douloureuse et effrayante : il a eu besoin de se balancer et de vocaliser intensément pour se rassembler.

Au cours d'autres suivis, c'est parfois la vue d'un sourire ou l'impression d'entendre de la joie dans un rire qui me permet de démarrer un jeu. Finalement, je rêve percevoir de l'amusement dans leur comportement et c'est cela qui démarre le jeu. Avec Madame T., une dame autiste déficitaire, je démarre un jeu autour du dedans/dehors et du caché/trouvé. Elle rit au moment où je cache un objet et me semble très surprise. Je continue de cacher des objets et de les faire réapparaître sous ses yeux, comme un tour de magie. Elle a des stéréotypies de battement des mains et cela renforce mon impression de lui faire voir un spectacle de cirque plein de surprise et d'amusement. Je ris même avec elle quand je fais réapparaître l'objet et que je vois la surprise intense dans son air médusé. À ce moment-là, il me semble qu'elle est dans le lien avec moi, alors qu'elle essaye souvent de fuir tout contact.

Finalement, cette capacité de rêverie parle de l'humanisation du sujet. Je lui prête des intentions, des désirs et des peurs, je me fais une idée de sa personnalité. La séance de psychomotricité est donc bel et bien le lieu dans lequel nous travaillons aussi sur le devenir sujet des personnes polyhandicapées.

Voyons maintenant ce sur quoi je me suis appuyée quand ma capacité de rêverie était bloquée et ce sur quoi je propose aux équipes de la MAS de s'appuyer pour penser les résidents et les rencontrer.

II) Penser à nouveau et se rencontrer

A) L'élaboration en équipe pour débloquent sa capacité de rêverie

Tout comme j'en ai parlé dans la partie théorique, dans la clinique du polyhandicap, la sidération peut être présente. Elle l'est chez les parents lors de l'annonce du handicap de leur enfant, mais aussi parfois chez le soignant. Korff-Sausse, (1996) décrit cette sidération comme une incapacité à penser, qui a besoin d'être dépassée afin que la rencontre puisse se faire, afin que l'enfant handicapé puisse s'ouvrir au monde.

Il m'est arrivé au cours de certaines séances d'être dans cet état de sidération qui empêche de penser le patient, d'aller à sa rencontre, d'entrevoir sa personnalité, d'être dans le soin. Certains patients, notamment Monsieur J. dont je parle dans ma partie clinique, était dans un tel repli corporel : le silence, l'absence de regard, aucune recherche de contact, un enroulement corporel qui laisse penser à une fermeture au monde et aux autres, que je me sentais alors dépassée, sans la moindre idée de quoi faire, ni de comment être. Cet homme m'amenait des représentations mortifères et la pulsion de vie était très faible chez lui. C'est alors à la faculté, au cours d'études de cas et d'analyse de la pratique, pendant lesquelles je racontais à mes camarades ce que je vivais, le déroulement des séances, comment se présentait le résident, ce qu'il provoquait chez moi, que j'ai pu me remettre à le penser. Il m'a fallu que nous soyons plusieurs à décortiquer mes ressentis, à questionner ma manière d'approcher le résident ou au contraire de le fuir, à mettre à jour mes défenses et mes peurs pour que je puisse y avoir accès et m'en servir de matériel clinique.

Dans la MAS de mon stage, j'ai souvent eu le sentiment d'être seule, de ne pas pouvoir m'appuyer sur une équipe pour penser. Il m'a semblé qu'il manquait de liens dans cette

institution, avec des équipes qui élaborent peu ensemble. De plus, comme je n'étais présente qu'un jour par semaine, je n'assistais pas aux réunions pluridisciplinaires. Or, c'est normalement justement ce jour-là que les équipes sont censées discuter ensemble des résidents. Ainsi, le dialogue entre les équipes et moi était peu présent. J'échangeais avec eux uniquement lors de petits temps informels en début ou en fin de séance. J'aurais aimé pouvoir penser le patient dans sa globalité avec des réunions entre les équipes du quotidien, l'équipe paramédicale et le médecin. Car, travailler sans les équipes du quotidien m'a donné l'impression de manquer certaines informations sur le résident, sur le ressenti des équipes, leur manière d'approcher et de rencontrer ou pas le résident. Dans ma place de stagiaire qui n'a forcément pas accès à tout ce qui est prévu dans l'institution pour soutenir le psychomotricien, j'ai pu percevoir combien le travail d'équipe est primordial pour construire un projet de soin et le mener à bien.

Toutes ces informations que les professionnels échangent en réunion me paraissent être un matériel essentiel afin de penser un soin psychomoteur et un patient dans sa globalité. Malgré ces réunions, j'ai quand même perçu un manque de lien entre les équipes du quotidien et l'équipe paramédicale. Je n'avais pas le sentiment que la psychomotricité était connue par les professionnels qui s'occupent des résidents tous les jours. Il n'y avait pas de construction commune du projet d'un résident. D'ailleurs, on le voit sur l'organisation des réunions dans l'étape 1 qui prévoit une réunion d'une unité et en parallèle une réunion des paramédicaux. Donc, c'est comme si chacun possédait un bout de Monsieur J. et non une vision globale. Est-ce que ce manque de lien que j'ai perçu, ce morcellement des équipes et des idées est l'effet que produisent les résidents sur les professionnels ? Car grand nombre d'entre eux sont peut-être en proie à ce vécu de morcellement. L'institution rejouerait-elle en miroir, la problématique de la population dont elle prend soin ?

Je pense aussi, que ce qui est fait en psychomotricité, d'autant plus avec la clinique du polyhandicap, doit être partagé avec les personnes qui s'occupent des résidents toute la journée car ce sont eux qui vont prolonger, grâce à notre guidance, les soins que nous pouvons proposer à chaque patient. Tout comme des engrenages s'entraînent les uns, les autres pour faire fonctionner une montre, les professionnels doivent travailler ensemble, afin de faire fonctionner l'institution dans son rôle de soin. Le psychomotricien ne peut pas toujours, à lui seul, laisser des traces durables des soins qu'il propose. L'accompagnement des personnes polyhandicapées, de la connaissance de leur corps, de qui elles sont et ce qui

les entoure, doit être chose quotidienne. De plus, la rencontre et les liens que peuvent nouer résidents et soignants sont du ressort de la psychomotricité. J'estime que le psychomotricien peut avoir au sein de l'institution un rôle de guidance auprès des équipes du quotidien, dans la manière d'approcher les résidents, de les rencontrer et de se servir de leurs ressentis pour s'ajuster à eux-mêmes et à l'autre. Il me semble intéressant de réfléchir autour d'un patient pendant les réunions pluridisciplinaires en permettant aux soignants, tout comme on me l'a permis à moi lors des études de cas et d'analyse de la pratique, de sortir de la sidération. En effet, comme vu dans la partie théorique de mon mémoire, être connecté à ses émotions, son vécu, pourra éviter des actes opératoires, parfois même la maltraitance. Notre rôle consiste donc peut-être aussi à lever les défenses des équipes en leur procurant des appuis afin que le binôme soignant-résident fonctionne au mieux. Pour cela, il me semble indispensable que les professionnels d'une unité, l'équipe paramédicale et le médecin puissent penser ensemble, en réunion, le résident. Chacun apporte des éléments qui vont fournir du matériel d'observation clinique à l'autre pour avoir une vue globale du sujet. Le psychomotricien a peut-être d'autant plus ce regard global sur un patient.

Munoz, (2010) a mis en place un dispositif dans lequel un patient et un soignant sont conviés en séance de psychomotricité. Il y a ainsi trois duos et le psychomotricien. L'objectif est de permettre aux accompagnants habituels du résident de mettre des mots sur les éprouvés psychiques et corporels que ce dernier leur fait vivre. L'auteur observe le lien entre le soignant et le résident. Il tente de penser ce qui se vit dans leur corps pendant cette rencontre, autour du toucher, de paroles, de chuchotements, de regards... Ensemble ils apprennent à se connaître, à faire évoluer la représentation personnelle que chacun a du patient. En somme, ils tentent de s'apprivoiser. Les mythes, les contes, les dessins animés sont alors le support de ces rêveries. Ligia, la patiente très hypertensive et qui crie continuellement dont parle Munoz, devient petit à petit une sirène : mi-femme, mi-poisson. Cela nous évoque ce que l'auteur perçoit de sa construction psychomotrice : « Ligia serait-elle coincée entre un monde aquatique qu'elle n'aurait pas tout à fait encore quitté et un monde aérien où elle ne serait pas encore [...] née ? », (Munoz, 2010, p.90). Le thérapeute pourra alors s'appuyer sur ces représentations qui parlent à la fois de la rencontre et de la construction psychomotrice d'un sujet.

B) L'engagement corporel du psychomotricien

Le psychomotricien, dans la clinique du polyhandicap, utilise son propre corps comme support de travail. Il met son corps à la disposition de l'autre pour qu'il le découvre et se découvre lui-même. Le soignant se laisse toucher, sert de jeu ou est parfois un bout de son corps (une main, un œil, un bras...). Ainsi, je laisse Madame T. attraper mon bras en me pinçant. Au lieu de la repousser, pour fuir la douleur, je déplace ses doigts pour les enrouler autour de mon bras. Je la laisse me toucher, explorer de quoi est fait mon corps : de la chair consistante qui tient autour d'un os dur. Peut-être perçoit-elle dans mon corps la façon dont le sien est formé, lié, solide, mou, dur ou fermé ? Je touche moi aussi son bras, je frotte son dos et je fais des percussions sur sa colonne pour lui faire sentir son corps. Je le lui décris, je lui explique ce que je vois de lui pour l'aider à se le représenter. Nous découvrons ensemble, par une exploration mutuelle comment bouger, comment se reposer, se tenir, prendre appui, se regrouper...

De la même manière, je serre quelques fois de canne à celui qui s'appuie sur mon bras pour se déplacer. Je lui sers de support quand je le porte contre mon buste. Il découvre comment il peut se tenir contre moi alors qu'il n'arrive pas à se tenir seul. C'est à deux que nous explorons quels appuis il peut trouver sur l'autre. Plus tard, je lui explique comment il peut trouver des appuis en lui et se tenir seul. En travaux pratiques de sophrologie, à la faculté, nous avons exploré le contact dos à dos avec un partenaire. J'étais alors baignée par la chaleur de l'autre, je tenais en prenant appui contre l'autre. Je ressentais alors détente et sécurité. Dans le corps à corps, le psychomotricien peut faire éprouver ce sentiment de sécurité qui vient d'être deux pour se tenir. Il est contenant et soutien l'autre.

En séance avec des personnes atteintes de polyhandicap, le psychomotricien accepte de régresser au niveau de son patient pour aller du côté du très basique. Il va à la rencontre du patient dans l'archaïque afin d'essayer avec lui. Cela amène parfois à aller dans l'indifférencié, une sorte de collage à l'autre. On est l'un contre l'autre, on ne parle plus, on est aussi mou que notre partenaire, on ne sait plus où commence son corps et où commence le corps de l'autre. Pour certaines personnes, il est nécessaire d'aller dans l'indifférenciation pour les rencontrer. Le collage diminue l'altérité. Le psychomotricien est plutôt un prolongement du corps de la personne polyhandicapée, une jambe, un bras, un objet à

secouer, à emmener avec soi. Une fois que le psychomotricien a accepté d'aller dans cette archaïque, il peut au-delà de toute technique voir où cette disposition, cette mise à disposition va les emmener lui et son patient. Ils vont peut-être se balancer à deux et par de petits changements de rythmes induits par le psychomotricien, le patient découvre que quelqu'un dans son dos bouge plus vite ou plus lentement. Ce collage qui diminue progressivement, au bout de deux séances, au bout de plusieurs moi, peut permettre à la personne de découvrir un autre, son corps à elle, le corps de l'autre et comment ils bougent différemment. Finalement, le psychomotricien participe du devenir sujet. Car dans la clinique du polyhandicap, le patient n'est pas spontanément sujet au sens de la loi. Il le devient en découvrant qu'il est quelqu'un, différencié de l'autre et de son environnement (des ébauches de représentation). Il a des envies, des besoins, des peurs, sa propre manière de se mouvoir (rythme, vitesse, tonus plus ou moins élevé). Le psychomotricien doit donc se laisser surprendre, sans méthodologie et sans réellement savoir d'emblée où aller.

J'estime justement ne pas avoir assez joué cette indifférenciation avec Monsieur J. J'espère, dans mes suivis futurs de jeune professionnelle aller plus facilement dans ce collage afin de me laisser porter par ce qui peut s'y produire.

R. Grim, (2010) rappelle que dans la clinique du polyhandicap, qui plonge le thérapeute dans la sidération et fige la pensée, il faut se décaler de la situation pour changer de point de vue. Cette clinique de « l'extrême » a, en effet, cette capacité de bloquer tout éprouvé, toute réflexion et ainsi entraver l'évolution du suivi, (R. Grim, 2010, p.122). Le soignant peut avoir des éprouvés psychiques et corporels en miroir des vécus archaïques du patient. Pouvoir mettre des mots sur cette séance qui stoppe la pensée, pouvoir dire « je me suis sentie » (vide ou pétrifiée, par exemple) fait partie de l'élaboration. Quand enfin des images et des représentations viennent, alors le psychomotricien a dépassé la sidération. Il y a de l'humain dans la « figure du monstre » de la Méduse, (citation, p.123). En évoluant dans le regard du soignant, le patient devient humain. Les mythes sont de grandes sources d'images et de représentations pour illustrer les vécus du thérapeute.

C) Le toucher

Au cours de plusieurs suivis, j'ai utilisé le toucher thérapeutique. Or, les personnes polyhandicapées sont touchées quotidiennement pendant les soins par le personnel de la MAS. Il me semble donc intéressant de penser cette manière d'aborder le corps du résident en séance de psychomotricité. Je vais donc m'appuyer sur un article de Sarda, (2002) afin d'aborder l'intérêt de cette médiation.

Grâce au dialogue tonico-émotionnel qui s'instaure entre le psychomotricien et le sujet pendant la séance, le patient va devenir acteur et sujet de sa motricité. Il va lier sensations répétées et émotions corporelles répétées. Grâce à ces émotions qui se répètent, il pourra intérioriser leur représentation et leur mise en mots. Le « moi-corps » serait le lieu principal de l'intériorité. Le moi-corps est la perception que le corps est quelqu'un et qu'il se tient seul. Il se construit dans la relation à l'autre, avec la transmission des émotions et des pensées et grâce au désir de l'autre. Si cela n'a pu avoir lieu, le psychomotricien va essayer de relier sensations, émotions et paroles dans le moi-corps de la personne dont il prend soin. Le toucher comme médiation se différencie donc du toucher des soins quotidiens du fait de son intentionnalité.

Aussi, le psychomotricien essaiera d'être en lien avec ses éprouvés et mouvements intérieurs pour pouvoir entendre ceux de l'enfant. Le toucher est une médiation corporelle qui crée un lien émotionnel avec le patient et permet au psychomotricien d'ajuster son tonus au tonus et aux émotions du patient. Ainsi, je portais Monsieur J. contre moi quand il était installé dos à mon buste. Je le trouvais alors apaisé pendant un temps. Mettre des mots sur ce que l'on ressent du corps de l'autre et sur ce que l'on voit, lui permettra peut-être de mieux se le représenter et le sentir.

Le toucher peut se faire aussi sous forme de massage avec des pressions ou des percussions pour faire sentir, d'une part la consistance de la chair et d'autre part la solidité du squelette. De plus, des frictions sont réalisables afin de faire sentir la peau et donner un sentiment d'enveloppe, d'unité corporelle et de contenance. Le toucher participe donc de la restauration du Moi-Peau de Anzieu, (1985). Je décrivais à Monsieur J. les parties de son corps que je touchais et la manière dont elles s'articulaient entre elles. Sarda évoque combien le toucher accompagné de la voix, de parole et de silence favorise un regard intériorisé sur

ces images du corps. En touchant l'autre, d'autant plus avec les mains, le psychomotricien peut lui aussi être touché émotionnellement. Il est alors intéressant de repérer nos mouvements internes afin d'y réfléchir ensuite.

Il me semble que Monsieur J. manque de contenance. Je lui propose donc un toucher avec la caresse d'un drap sur l'ensemble de son corps, un enveloppement dans un tissu pour qu'il sente sa peau comme surface de son corps. J'espère ainsi qu'il se représente l'enveloppe que forme sa peau. Je lui fais des pressions pour qu'il sente la consistance de son corps, des percussions avec mes doigts et un tube qui raisonne pour qu'il sente son squelette. Je lui fais sentir sa solidité interne, la dureté de ses os.

Je repère aussi à ma première rencontre avec Monsieur J. que c'est par le toucher que je m'approche de lui. Je commence par explorer son corps par de petites pressions, et je suis stupéfaite de découvrir les courbes de sa colonne vertébrale marquée d'une très forte scoliose. Aborder son corps en premier me permet de passer au-delà de ma sidération. Pour aller à sa rencontre, j'ai besoin de lui proposer des expériences autour du toucher, car je sens que c'est là qu'une communication peut circuler entre nous.

Ce premier contact est un lieu d'un échange tonique et une porte d'entrée pour rencontrer Monsieur J.

D) Dialogue tonique

Monsieur J. me donne l'image d'un bâton, un bout de bois mort. Au-delà de la représentation très mortifère que j'ai de lui à ce moment-là, peut-être que cela m'évoque aussi son tonus. Pour être droit et tenir, il doit avoir un tonus très haut. Grâce à cette représentation, l'idée du dialogue tonique et tonico-émotionnel me vient parce qu'il pourrait trouver dans mes bras, contre mon corps, un support sur lequel s'appuyer, se reposer et petit à petit avec moi, se relâcher. Ce travail autour de la modulation du tonus avec la prise d'appui m'est inspiré de Ajuriaguerra et de son concept de dialogue tonique.

D'après Bachollet & Marcelli, (2010, p.2) citant Ajuriaguerra, « le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires, avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge ».

Pendant une séance de balnéothérapie avec un homme autiste déficitaire, je remarque qu'il a un tonus très élevé. Il contracte son corps de toutes ses forces en serrant ses mains l'une dans l'autre. Son visage est totalement crispé et il geint. Il est rouge et sa peau est parsemée de points rouges tellement l'effort est intense. Le trajet pour aller jusqu'à l'établissement qui nous accueille pour la balnéothérapie semble très difficile pour lui. Il s'agite et se contracte de plus en plus. Même une fois arrivé dans l'eau il se contracte en gémissant. Il fuit notre regard et évite tout contact avec moi. Je me demande s'il ne se contracte pas pour se sentir. Il peut se calmer légèrement quand il fait tourner une balle entre ses mains mais je le sens mal. Au bout d'un moment je décide de l'aider à se sentir et je le serre dans mes bras. Je suis dans son dos et je contracte tous mes muscles pour qu'il se sente contenu et sente mon tonus aussi élevé que le sien. Alors que je le porte ainsi et me déplace dans l'eau, je le mets face à un miroir. Nous sommes collés l'un contre l'autre, je suis silencieuse et je le regarde dans le miroir. Il me semble alors qu'il me sourit un instant en me regardant dans les yeux. Il s'est apaisé et est silencieux. Nous restons ainsi quelques minutes et j'essaye de diminuer un peu ma contraction. Je le garde contre moi, serré mais je suis plus relâchée et plus détendue psychologiquement. Je suis stressée à force de le voir comme en souffrance se tordre et grogner d'effort. Nous passons un moment ainsi avant qu'il se recommence à se contracter et que je le lâche. Il paraît avoir pu être paisible contre moi pendant ce temps d'accordage tonique. Notre regard a même pu se croiser sans que cela ait l'air angoissant pour lui. Est-ce que ce court instant où nous sommes « sur la même longueur d'onde » nous a permis d'être en lien ? Le voir plus calme m'a apaisée. J'ai donc diminué mon étreinte. Peut-être lui ai-je alors transmis ma détente et un bref sentiment de sécurité ?

E) La fonction miroir du psychomotricien

Au cours d'une séance avec une dame adulte handicapée mentale et autiste, c'est mon corps que je lui fais découvrir afin de lui faire découvrir le sien. Elle a très peur du contact tactile, son regard est fuyant et elle a de grandes difficultés à être en relation avec l'autre. Je m'appuie sur la « fonction miroir » du psychomotricien dont parlent (Philippe Scialom et al., 2015). D'après cet ouvrage, malgré la sévérité de son handicap, la personne polyhandicapée peut prendre appui sur l'investissement du psychomotricien afin de découvrir les potentialités de son corps. Le soignant, par sa fonction de miroir propose au

patient « d'investir son corps en référence au corps de l'autre », (Philippe Scialom et al., 2015, p.145). Il enrichira ainsi ses expériences sensori-motrices et le psychomotricien tentera de mettre son corps en forme.

Je travaille avec cette dame sur la sphinctérisation de son enveloppe corporelle car il me semble qu'elle ne perçoit pas sa bouche, son nez, ses organes génitaux, comme des orifices sphinctérisés qui différencient un intérieur et un extérieur de son corps. Elle est continuellement, un doigt enfoncé dans le nez et un autre dans la bouche quand les autres s'approchent d'elle. Elle est très angoissée et gémit. Je lui propose donc en séance de me regarder, assise face à elle. J'essaie de ne pas chercher son regard. Je lui fais découvrir comment mon nez se ferme lorsque je le pince, comment ma bouche peut s'ouvrir et se fermer, ma langue en sortir. Je lui montre comment mes yeux peuvent s'ouvrir et se fermer, avec mes mains qui les cachent, avec les paupières qui se ferment, comment ses oreilles peuvent être bouchées par mes mains et la structure de l'intérieur de ma bouche lorsqu'elle est grande ouverte... C'est à travers la manière dont j'explore mon corps par le toucher, accompagné de sons, que je veux lui faire découvrir, tel un miroir, ce à quoi son corps à elle ressemble.

CONCLUSION

Dans cet écrit, j'explique que j'ai été prise par la sidération en découvrant certains sujets polyhandicapés. J'ai pris du temps avant de trouver des appuis pour penser les patients. C'est en élaborant à plusieurs que je découvre mes vécus, que je reconnais les images parfois mortifères qui me traversent. Petit à petit, je trouve comment rencontrer et penser Monsieur J.

Je découvre que dans le dialogue tonique nous pouvons être connectés. Monsieur J. me surprend à maintes reprises par ses capacités. Mes idées l'atteignent finalement et je le guide dans sa motricité. Des images plus humaines et vivantes éclosent en moi grâce à nos échanges. Mes représentations changent. Je rêve qu'il comprend mes demandes lorsqu'il se jette sur le hamac, qu'il dit non quand il repousse ma main et qu'il désire : il va sur le matelas à eau tout seul. J'aperçois un sourire alors que ma maître de stage lui tapote la mâchoire. Est-ce qu'il trouve cela amusant ? Ma capacité de rêverie fonctionne : je lui prête des intentions.

Je fais le postulat qu'il est soumis à des angoisses d'effondrement, de chute, de morcellement, de vidange. Je lui propose alors d'aller avec moi à la recherche de ses appuis dans un dialogue tonique, dans un portage, dans mon guidage verbal pour qu'il prenne conscience de ses pieds qui le soutiennent. Je tiens son bras et je me redresse avec lui. Nous avançons ensemble à travers ce long couloir qui n'est plus le signe de l'échec mais de la rencontre et de l'avancée dans sa perception de lui-même. Je lui fais sentir par le toucher sa solidité interne avec la dureté de son squelette, je l'aide à percevoir une image globale de son corps, relié et rassemblé.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association, Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (Éd.). (2004). *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition, texte révisé). Issy-les-Moulineaux: Masson.

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

Ciccone, A., Korff-Sausse, S., & Scelles, R. (Éd.). (2007). *Cliniques du sujet handicapé: actualité des pratiques et des recherches*. Ramonville-Saint-Agne (Haute-Garonne): Erès.

Ciccone, A., & Lhopital, M. (2001). *Naissance à la vie psychique: modalités du lien précoce à l'objet au regard de la psychanalyse* (2e édition). Paris: Dunod.

Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). (2018). Handicap : maison d'accueil spécialisée (Mas). Consulté 23 avril 2018, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2006>

Fustier, P. (1996). Une incompatibilité de représentation dans l'accompagnement de l'adulte handicapé mental. In *Colloque PCH'96*.

Gerlach, D. (2006). Troubles du comportement. Consulté à l'adresse http://www.stimulationbasale.fr/docperso/files/articles/Troubles_du_comportement_article_de_Dany_Gerlach.pdf

Haag, G. (2006). Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps. *Le Carnet PSY*, (112), 40-42. <https://doi.org/10.3917/lcp.112.0040>

Juzeau, D., Vallée, L., Tisserand, P., & Pernes, P. (Éd.). (2010). *Vivre et grandir polyhandicapé*. Paris: Dunod.

Korff-Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé: l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris: Calmann-Lévy.

Korff-Sausse, S. (Éd.). (2009). *La vie psychique des personnes handicapées: ce qu'elles ont à dire, ce que nous avons à entendre*. Ramonville Saint-Agne: Érès.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

Malle, L. (1987). *Au revoir les enfants* [DVD].

Montani, C., & Ruffiot, M. (2009). L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Cliniques méditerranéennes*, 79(1), 103. <https://doi.org/10.3917/cm.079.0103>

Munoz, G. (2002). Adultes polyhandicapés : quand la rencontre ne va pas de soi. In *Colloque des Journées Annuelles Annecy*.

Munoz, G. (2010). « La petite sirène » : d'une figure du monstre à un espace de rêverie dans le soin psychomoteur, (164), 84-93.

Patte, K., Porte, M., & Schifano, L. (Éd.). (2014). *Le polyhandicap: de l'enfant à l'adulte*. Montpellier: Sauramps médical.

Philippe Scialom, Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (Éd.). (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3: Clinique et thérapeutiques*. Paris: De Boeck-Solal.

Pireyre, É. W., & Delion, P. (2015). *Clinique de l'image du corps: du vécu au concept* (2e édition). Paris: Dunod.

R. Grim, O. (2010). Du mythe à la théorie, des rêves au secours de la rencontre. *Anthropologie et psychanalyse de l'infirmité.*, (164), 120-130.

Roussillon, R. (2001). *Agonie, clivage et symbolisation* (2e édition). Paris: Presses universitaires de France.

Sandri, R. (2008). *La maman et son bébé: un regard: les apports de l'observation du nourrisson selon Esther Bick, à la compréhension de l'autisme* (2 éd., revue et augmentée). Meyzieu: Césura.

Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, 20(4), 86. <https://doi.org/10.3917/ep.020.0086>

Sitbon, A. (2002). “ Les galériens volontaires ” de Gérard Szewc. *Revue française de psychanalyse*, 66(1), 283-289. <https://doi.org/10.3917/rfp.661.0283>

Zribi, G., & Richard, J.-T. (Éd.). (2013). *Polyhandicaps et handicaps graves à expression multiple: Concepts, prises en charge, accompagnement, solutions*. Rennes: Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

RESUME

Mon mémoire porte sur les approches que peut utiliser le psychomotricien pour faire sentir son corps à une personne polyhandicapée. Je suppose que des angoisses archaïques sont présentes chez les personnes polyhandicapées, qui ont peu de représentation de leur corps. Je tente donc de faire percevoir à Monsieur J. son axialité, ses appuis qui le portent, sa peau qui constitue son enveloppe... Je mets aussi en lumière combien la rencontre avec le patient polyhandicapé fait aussi partie de la thérapie psychomotrice. J'explique quels ont été mes appuis pour dépasser la sidération qui fige la pensée dans cette clinique. Je développe les approches qui m'ont permis de voir Monsieur J. évoluer dans mes représentations pour passer de l'image d'un mort vivant à un homme qui désire, qui comprend, qui a des émotions et des sentiments.

Mots-clés :

polyhandicap, angoisse, agrippement, rencontre, sentir, engagement corporel