



<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

Professeur Yves MATILLON

ANGOISSES ARCHAÏQUES & REPRESENTATIONS DU CORPS

**Mémoire présenté pour l'obtention
Du diplôme d'Etat de Psychomotricien**

Par

RAMIREZ Léa

Juin 2015

N° 1285

Directeur du Département Psychomotricité

Éric PIREYRE

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président

Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CA

M. BEN HADID Hamda

Directeur Général des Services

M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux

Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)

Pr. GILLY François Noël

U.F.R d'Odontologie

Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies

Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)

Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur **Pr LEBOISNE Nicolas**

Observatoire Astronomique de Lyon

M. GUIDERDONI Bruno

Vice-président CEVU

M. LALLE Philippe

Vice-président CS

M. GILLET Germain

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation

Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

IUFM

Directeur **M. BERNARD Régis**

Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon
(EPUL)

Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)

Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

IUT LYON 1

Directeur **M. VITON Christophe**

~ REMERCIEMENTS ~

Je remercie en premier lieu mon maître de mémoire. Elle a su me laisser suffisamment de liberté pour rédiger mon écrit tout en restant très présente et disponible. Nos échanges ont été très enrichissants. Elle m'a beaucoup aidé à développer mes élaborations et à ouvrir de nouveaux questionnements.

Je remercie aussi ma famille. Notamment ma mère et ma grand-mère, qui se sont relayées pour lire et corriger mon mémoire. Merci pour votre soutien et votre présence malgré la distance qui nous sépare.

Merci aussi à mon maître de stage de la MAS. Il m'a beaucoup aidé à prendre confiance en moi et à trouver mon identité professionnelle. Grâce à lui j'ai pu poursuivre ma remise en question et quitter mes schémas habituels. J'ai adoré nos échanges et nos élaborations entre chaque séance. Je veux conserver cette dynamique de pensée au-delà de ma formation.

Un grand merci à tous les professionnels qui ont croisés ma route jusqu'ici. Ils ont chacun contribué par leur savoir, leur accueil, leur écoute, leur pédagogie, mais aussi leurs propres doutes, leurs questionnements, leurs expériences, à me construire en tant que future professionnelle.

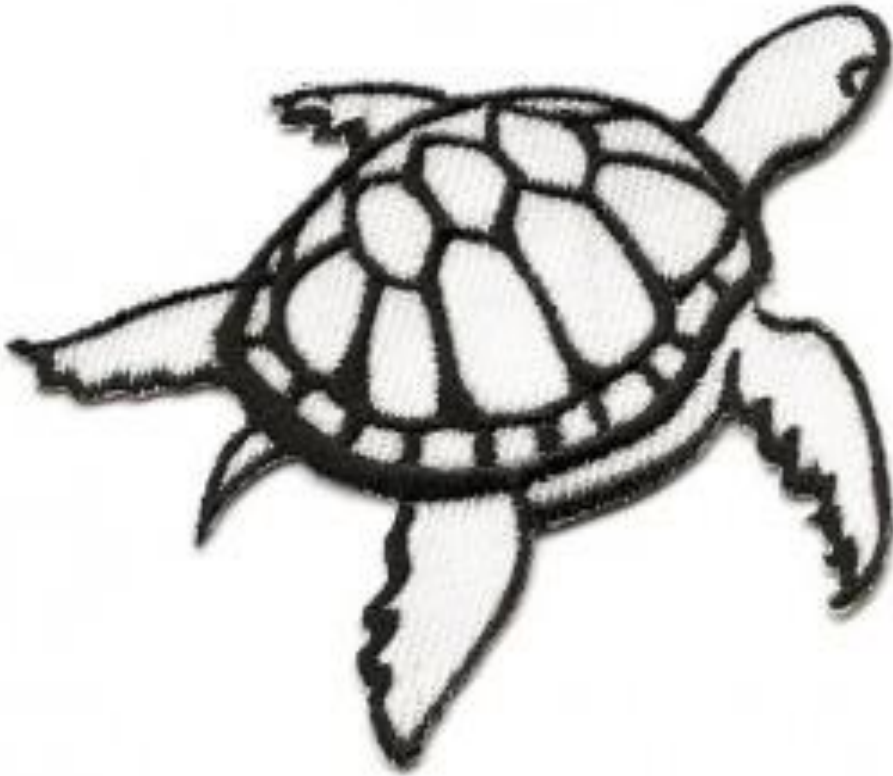
Je remercie la conseillère d'orientation du CIO de Perpignan qui, un jour, a reçu dans son bureau une jeune adolescente un peu perdue après quelques années d'études universitaires inabouties, et qu'elle a su aider à trouver sa voie. Grâce à elle j'ai découvert une passion.

Plus légèrement, je remercie mon vieil et fidèle ordinateur d'avoir tenu bon jusqu'à la fin de mon mémoire malgré sa fatigue et son usure évidente. Ses nombreux écrans noirs et ses désobéissances récurrentes ont souvent mis mes nerfs à rude épreuve, mais pour autant notre collaboration a subsisté et nous sommes arrivés au bout ensemble !!

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE THEORIQUE.....	3
I. A/ LES MAISONS D'ACCUEIL SPECIALISEES (MAS):	3
I.1 DEFINITION D'UNE MAS:.....	3
I.2 LE TRAVAIL DE PSYCHOMOTRICITE EN MAS:.....	5
I.3 LE HANDICAP:	7
I.4 LES DEFENSES :.....	9
II. LA DEFICIENCE MENTALE :	10
II.1 LES DIFFERENTS DEGRES DE DEFICIENCES MENTALES :	10
II.2 L'ETIOLOGIE : LES CAUSES DE LA DEFICIENCE MENTALE :.....	11
II.3 LA DEFICIENCE MENTALE PEUT ETRE ASSOCIEE A DES TRAITS AUTISTIQUES :	12
III. CONSTITUTION D'UN SENTIMENT DE CONTINUITE D'EXISTENCE :	12
III.1 LES ANGOISSES ARCHAÏQUES :	13
III.2 IMAGE DU CORPS : DEFINITION :	15
III.3 LES AGRIPPEMENTS (LUTTE CONTRE L'ANGOISSE) :	16
III.4 HABITER SON CORPS :	18
III.4.1 Le concept d'Instrumentation de Bullinger :	18
III.4.2 Les milieux & l'équilibre sensori-tonique (Bullinger) :.....	19
III.4.3 L'axe de développement :	20
III.5 PSYCHOMOTRICITE ET HANDICAP :.....	22
III.5.1 L' incidence du handicap & Instrumentation :	22
III.5.2 Incidence du handicap & Axe de développement:	24
PARTIE THEORICO-CLINIQUE.....	26
I. ETUDE D'UN CAS CLINIQUE :	26
I.1 TRAVAIL AUTOUR DU CAS CLINIQUE DE SOLLY :	26
I.1.1 Présentation :.....	26
I.1.2 Anamnèse tirée de son dossier médical :	27
I.1.3 Entretien avec la famille:	28
I.2 LE SUIVI PSYCHOMOTEUR DE SOLLY :.....	30
I.2.1 Demande de l'équipe et indication :	30
I.2.2 Evolution du projet de soin de Solly d'hier à aujourd'hui:.....	30
I.2.3 Recueil des observations antérieures du suivi en soins piscine :.....	31

II. VIGNETTES CLINIQUES & LIENS THEORIQUES:	31
II.1 « VIENS TE TENIR A MOI » :	31
II.2 APPUIS SUR L'ENVIRONNEMENT :	41
II.3 DES APPUIS INTERNES :	45
CONCLUSION	55



« Jamais on a vu, jamais on ne verra.

La famille Tortue courir après les rats.

Le Papa Tortue, et la Maman Tortue, et les enfants Tortue, Iront toujours au pas. »¹

¹ Comptine extraite du site: http://comptines.tv/la_famille_tortue.

& Image d'un Ecusson thermocollant tirée du site Idéatiss.com. L'écusson thermocollant permettant de réparer ou customiser un vêtement.

INTRODUCTION

Dans cet écrit de fin de troisième année, je me propose de développer un questionnaire qui m'a suivi tout au long de ma formation en psychomotricité. Effectivement, suite aux différents stages réalisés, j'ai eu envie de me pencher sur la question de la constitution de notre appareil psychique. C'est au départ un cours théorique sur Piaget qui m'a orientée. Ce scientifique théorise que l'interaction du sujet avec son environnement est essentielle pour l'émergence de son intelligence. Or, j'ai pu rencontrer certains patients présentant une déficience plus ou moins sévère au cours de mes différents stages.

En deuxième année, l'un d'eux m'a particulièrement interpellée. Il présente une hypotonie des mains, ses mains sont amorphes et il ne manipule rien. L'origine de cette faible tonicité n'est pas neurologique, elle est due à un défaut d'investissement de cette zone corporelle par cet enfant. Alors je me suis mise à penser que, si ses mains ne lui permettaient pas d'agir sur son monde, l'explorer, le découvrir, il est possible qu'elles soient à l'origine de sa déficience moyenne. Depuis, ce lien possible entre l'investissement que l'on fait de son corps, la façon dont on l'instrumente, l'habite, et la constitution de notre appareil psychique et de nos représentations, ne m'a plus quittée.

Ainsi, pour cette dernière année de formation, j'ai décidé de réaliser un stage auprès de personnes adultes lourdement handicapées. Je me représentais ces personnes comme entravées dans leur corps, avec peu de possibilité motrice. Je voulais tenter de mieux saisir ce qu'ils pouvaient se représenter de leur corps. Essayer aussi de mieux cerner dans quel degré, leurs entraves motrices pouvaient avoir des répercussions sur leur développement psychomoteur et la mise en place de leurs représentations.

Une fois mon stage débuté, j'ai pris conscience que malgré leurs impossibilités, ces personnes présentent tout de même certaines capacités. J'ai réalisé à quel point elles peuvent être en prise à des angoisses qui les débordent et les coupent de la relation avec leur environnement. C'est ainsi que j'ai mieux saisi la nature du travail possible en psychomotricité auprès de cette population. Les aider à apaiser leurs angoisses peut être une solution possible, pour les ouvrir à la relation à l'autre et aux interactions avec leur environnement. Pour ce mémoire, je me suis plus particulièrement penchée sur le cas d'une résidente présentant une déficience sévère et qui, elle aussi, est en prise à des angoisses qui la submergent.

Ce qui me ramène à la problématique autour de laquelle j'ai décidé d'articuler mon mémoire et qui est :

En quoi la persistance d'angoisses archaïques chez le sujet déficient sévère pourrait être en lien avec la difficile mise en place de ses représentations du corps?

Dans une première partie, je vais définir mon lieu de stage et la population rencontrée. J'amènerai ainsi un recueil théorique, qui me semble nécessaire pour mieux comprendre la rencontre avec le sujet handicapé, mais aussi les répercussions du handicap sur le développement psychomoteur. Dans une deuxième partie, j'essayerai de répondre à ma problématique à partir d'un cas clinique. Pour ce faire, je laisserai émerger de mon étude de cas mes interrogations, mes hypothèses, et les croiserai avec les éléments théoriques fournis en amont.

PARTIE THEORIQUE

~ Introduction ~

Cette première partie se propose de développer l'incidence du handicap sur le développement psychomoteur du sujet. Pour ce faire, elle s'appuie sur une présentation globale du type de structure dans laquelle j'ai effectué mon stage et explicite le travail du psychomotricien dans ce type d'établissement. Cette partie propose également des appuis théoriques concernant la déficience mentale car cette pathologie est celle présentée par mon cas clinique. Plus largement, elle nous invite à nous interroger autour de trois axes qui sont : l'incidence du handicap dans la rencontre, l'instrumentation par le sujet handicapé de son corps, mais aussi les répercussions du handicap sur le développement psychomoteur.

I. A/ LES MAISONS D'ACCUEIL SPECIALISEES (MAS):

I.1 DEFINITION D'UNE MAS:

Une maison d'accueil spécialisée est un établissement médico-social. D'après la définition du site le figaro, une MAS « reçoit des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, qui ne peuvent effectuer seules les actes essentiels de la vie »¹. Ce type d'institution propose un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, mais aussi une aide aux actes de la vie quotidienne et aux soins d'entretiens. Une maison d'accueil spécialisé est avant tout un lieu de vie pour les usagers hébergés, c'est pour cela que nous les nommons résidents, et que les différents espaces de l'établissement sont aménagés en tant que tel.

L'état de santé des résidents nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Néanmoins, les soins dispensés ne sont ni des thérapeutiques actives, ni des soins intensifs, car ils ne peuvent être réalisés qu'au sein d'un établissement de soins comme les hôpitaux ou encore les établissements psychiatriques.

Une MAS réalise donc une surveillance médicale régulière en ayant recours à un médecin en cas d'urgence. Elle se charge aussi de poursuivre les traitements et les rééducations d'entretiens des résidents.

¹ sante.lefigaro.fr/social/personnes-handicapees/maison-daccueil-specialisee/definition

Une Maison d'Accueil Spécialisée propose plusieurs modalités d'accueil :

- **Accueil permanent** : un internat.
- **Accueil de jour** : pour alléger la charge des familles.
- **Accueil temporaire**.

Ce type d'institution est ainsi divisée en unités de vie qui sont chargées avant tout d'apporter aux résidents des soins de maternage et de nursing, du fait de leurs grandes dépendances, mais aussi des activités de vie sociale, pour éveiller et animer le résident, ainsi qu'une ouverture sur la vie sociale et culturelle. L'objectif étant de préserver et d'améliorer leurs acquis afin de prévenir d'éventuelles régressions de leur état.

La MAS où j'effectue mon stage est constituée de cinq unités de vie hébergeant chacune en moyenne 12 résidents. La cinquième unité est un accueil de jour et les quatre autres sont des internats (accueil permanent).

Chaque unité de vie dispose de chambres qui sont souvent personnalisées et/ou aménagées par les familles des résidents par des éléments décoratifs, du petit mobilier supplémentaire, des cadres photos, etc. Ce qui signe alors la différence avec les chambres d'hôpitaux et marque définitivement ces espaces comme étant des lieux de vie. Les unités sont toutes équipées de deux salles d'eau et d'une salle commune, elle-même divisée en un coin salon (canapé, fauteuil, télévision) et un coin salle à manger (grande table et chaises) où sont donnés les repas des résidents.

L'équipe de professionnels est une équipe pluridisciplinaire en partie composée :

- **d'une équipe de soin et de vie sociale** : aides-soignants, aide médico psychologique (AMP), infirmiers, éducateurs spécialisés, psychologues, ergothérapeute, psychomotricien, médecin généraliste et psychiatre.
- **d'une équipe chargée du fonctionnement institutionnel** : secrétaire, assistante sociale, cadres de direction, cadre de santé et directeur.

En somme, il faut garder en tête qu'une MAS est un établissement médico-social qui accueille des adultes handicapés grandement dépendants, mais qui reste avant tout un lieu de vie. Elle propose un suivi médical aux différents résidents, une prise en charge pluridisciplinaire et un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne. Des psychomotriciens sont amenés à travailler dans ce type d'institution et nous allons voir comment peut se décrire leur travail et leur fonction dans l'institution.

I.2 LE TRAVAIL DE PSYCHOMOTRICITE EN MAS:

Les résidents de ce type d'établissement peuvent mettre à mal le fonctionnement institutionnel, on parle alors d'homologie fonctionnelle. C'est-à-dire qu'un professionnel, une équipe, voire toute l'institution adoptent un fonctionnement proche des défenses et des symptômes de la population accueillie. Les clivages dans les équipes ne sont pas rares et la place du psychomotricien peut alors aussi s'inscrire dans un rôle institutionnel en parallèle de sa fonction de clinicien et de soignant. En effet, situé à la jonction entre le corps et la psyché, le psychomotricien peut aussi tenter d'assurer une cohésion en soutenant le lien et les échanges entre les professionnels représentant les soins somatiques et ceux figurant les soins psychiques du résident.

Au sein de la MAS où je réalise mon stage de troisième année, les soins proposés en psychomotricité sont essentiellement des prises en charges groupales. Ces groupes sont constitués de trois binômes composés eux-mêmes d'un résident et d'un accompagnant de son unité (aide-soignant ou AMP).

Le psychomotricien justifie son choix de faire participer les accompagnants des unités en s'appuyant sur une citation de D.W.Winnicott qui dit qu'« *un bébé seul, ça n'existe pas* ».

En effet, si l'on tient compte de l'état de grande dépendance dans lequel se trouve les résidents et de leur niveau de structuration psychique, on remarque que les professionnels sont amenés malgré eux dans une clinique de l'archaïque. C'est-à-dire que les modalités relationnelles des usagers les conduisent au-devant de l'intime dans les soins qu'ils apportent. Ainsi, les soins dispensés par les accompagnants s'apparentent à des soins de maternage et de nursing, qui pourraient être mis en parallèle des soins de *holding* et de *handling*¹ que définit Winnicott lorsqu'il parle de la dyade mère/bébé. Ainsi, l'on pourrait étendre la citation de Winnicott en supposant qu'un résident de ce type d'institution, seul, n'existe pas non plus. De ce fait, durant les temps de groupe, l'enjeu du travail du psychomotricien sera d'assurer à cette dyade *accompagnant/résident* une fonction contenante, de soutien, de miroir, d'étayage de la relation entre les deux protagonistes, mais aussi celle d'un tiers séparateur.

La population accueillie en MAS présente des handicaps lourds qui peuvent amener des mécanismes de défense de la part des professionnels, tel que le clivage, la sidération, la violence ou encore la fascination.

¹ WINNICOTT, D.W., (1971), *Jeu et réalité*, p.204

- Holding : la manière dont est porté l'enfant.
- Handling : la manière dont il est traité, manipulé.

L'intérêt des prises en charge groupales est donc aussi à envisager dans son aspect premier. En effet, le groupe permet la pluralité des transferts, c'est-à-dire qu'il permet de diffracter ces transferts sur les différents membres qui le constituent. Le groupe peut aussi avoir une fonction narcissique en jouant un rôle de miroir.

De ce fait, comme la rencontre avec les résidents accueillis en MAS n'est pas évidente, l'enveloppe groupale peut permettre de faire émerger les mécanismes de défense des professionnels, ce qui fait souffrance dans cette rencontre, et de les transformer par le biais du psychomotricien comme médiateur, afin de soutenir la mise en place de la relation.

Parmi les différents dispositifs de soins groupaux proposés se trouve le **groupe piscine**. Ce groupe est lui aussi constitué de trois binômes et se déroule les mercredis de 15H à 17H dans une piscine municipale. L'intérêt de ce dispositif particulier est de pouvoir proposer aux résidents un médiateur singulier qui est l'eau, tout en favorisant un espace et des échanges sociaux.

Effectivement, l'eau dispose de nombreuses propriétés que décrit d'ailleurs E.W.Pireyre dans un chapitre traitant sur l'accompagnement dans l'eau de femmes enceintes : « *Par sa douceur et son aspect cotonneux, l'eau offre une palette de sensations (température, odeur, goût, toucher...)* ». Il explique que « *Cet élément prend immédiatement la forme du corps et matérialise ainsi l'enveloppe essentiellement sensorielle et tonique.* », si nous ajoutons à cela « *la pression hydrostatique qui crée un massage globalisant.* », alors nous pouvons comprendre le rôle de « *L'enveloppe cutanée qui garantit l'unité du corps en délimitant l'espace intérieur du monde extérieur.* ».

Il développe aussi d'autres qualités de l'eau comme médiateur, telle que la résistance hydrodynamique qui, selon lui, va permettre la prise de conscience du corps en mouvement. En effet, il explique que les mouvements réalisés dans l'eau sont ralentis, mais aussi plus amples et moins violents. Il ajoute que la consistance de ce milieu aqueux permet aussi de créer des points d'appuis afin de se laisser porter et de se propulser. Il exprime néanmoins que ces appuis sont fuyants et mobiles. De ce fait, « *La flottaison est donc un équilibre nécessairement dynamique* »¹.

Dans l'eau les ajustements toniques se doivent d'être fins pour pouvoir conserver son équilibre.

¹ BOURGUIBA L., (2015), *Cas pratiques en psychomotricité*, p. 173

L'eau permet donc de travailler autour du système d'équilibration, puisque la poussée d'Archimède amoindrit la sensation du poids du corps. Ainsi il ajoute que le travail autour du contrôle de l'équilibre dans l'eau permet d'affiner les repères proprioceptifs du sujet ce qui favorise et développe son sentiment de sécurité intérieure.

Les propriétés antigravitaires de l'eau apportent la possibilité d'un portage tout aussi intéressant avec la population accueillie en MAS. Elle nous donne ainsi la possibilité de faire expérimenter aux résidents des postures et des changements de positions propre au tout petit, tels que les retournements, ou encore mettre au travail les positions intermédiaires permettant les passages d'assis à debout.

De ce fait, le groupe piscine est un groupe intéressant pour travailler certains aspects des angoisses que peuvent susciter les différentes pathologies qu'ils présentent. C'est-à-dire que par le biais de l'eau comme médiateur, nous pouvons tenter d'amener le patient à questionner de possibles défauts de contenance ou encore des vécus de discontinuité d'existence. L'eau leur offre aussi la possibilité d'expérimenter une certaine autonomie, en devenant plus acteur de leurs mouvements et de leurs déplacements.

Le groupe piscine ouvre alors certaines opportunités dans la prise en charge auprès des résidents lourdement handicapés et dépendants. Le choix de ce médiateur dans un dispositif groupal amène ainsi la possibilité d'allier autour du résident tant les propriétés de l'eau que celles de l'enveloppe groupale.

I.3 LE HANDICAP:

Comme énoncé précédemment, la rencontre avec les résidents grandement déficitaires sur le plan intellectuel et dans leur autonomie éveille certaines défenses en nous. Ces processus inconscients, doivent faire l'objet d'une tentative de conscientisation afin de nous permettre d'être au plus juste dans la rencontre et dans nos interactions.

D'après S. Korff-Sausse : « *Le handicap choque* »¹ elle ajoute même que le « *handicap décourage* »². Selon elle, il met à mal l'élan thérapeutique par son irréversibilité, et donc par sa réalité biologique qui nous pousse à abandonner tout espoir de guérison. De plus, elle exprime l'idée que le handicap suscite de l'ennui, mais surtout de la peur.

¹ KORFF-SAUSSE, S., (1996), *Le miroir brisé*, p.7

² Ibid, p.7

Pour elle, il nous confronte aux limites de l'humain puisqu'il suscite en nous des « *images d'anormalité proches de la bestialité ou de la monstruosité* »¹ (Figure du monstre).

Une pensée partagée par O.Grimm qui note que « *l'enfant infirme suscite d'emblée le rejet, au point même de faire douter de son humanité* »². Ce qui nous amène à la question du sentiment d'étrangeté auquel nous renvoie la personne handicapée.

Ce sentiment d'étrangeté ne serait pas sous-tendu par les différences qui existent entre nous et la personne présentant un handicap, mais tout au contraire par nos ressemblances.

C'est ainsi que S. Korff-Sausse développe l'hypothèse qu'un être qui nous serait totalement *dissemblable*, n'aurait sur nous aucun effet menaçant. Il susciterait tout au plus de la curiosité, mais aucune inquiétude, ni rejet. Ce serait donc cette partie commune, partie qui nous fait appartenir à une même espèce, qui serait à l'origine de ce sentiment d'étrangeté. « *C'est le semblable qui est dangereux* »³, et peut éveiller en nous des peurs telle que la peur de contagion, « *le handicap, ça s'attrape ?* », développant une crainte irrationnelle et allant à l'encontre de notre savoir objectif. Cela peut se repérer notamment dans l'inquiétude à partager des locaux ou de la vaisselle avec des personnes en situation de handicap.

Mais alors, si nous partons du principe que la rencontre avec les personnes handicapées peut-être difficile pour nous, comment s'opère la rencontre entre l'enfant porteur d'un handicap et ses propres parents ?

A ce sujet, S. Korff-Sausse associe l'annonce du handicap de leur enfant aux parents à un *choc traumatique*. Ce choc s'accompagne d'une difficile possibilité à s'identifier à cet enfant handicapé. Le deuil de l'enfant imaginaire, en temps normal surmonté par un processus de symbolisation à partir de l'enfant réel, est ici impossible. « *L'enfant rappelle par sa présence, jour après jour, l'actualité de la perte* »⁴ à ses parents. Korff-Sausse parle alors d'un deuil sans fin. Les processus d'identifications étant malmenés, les parents réussissent difficilement à assumer leur fonction parentale. Leur comportement oscille alors entre excès, c'est-à-dire surprotection, exigences, ou incohérences, c'est-à-dire absence de désir, manque de stimulation.

Nous pouvons ainsi observer chez les parents une identification massive à l'enfant. S. Korff-Sausse parle alors de *cicatrices intérieures*. Peut-être l'enfant symbolise dans ce cas une partie blessée de Soi-même et devient alors l'enfant à sauver.

¹ KORFF-SAUSSE, S., (1996), *Le miroir brisé*, p.8

² GRIMM, O.-R., (2003), *Thérapie psychomotrice et recherches n°133*, p.136

³ KORFF-SAUSSE, S., op. cit., p 142

⁴ Ibid, p.45

Elle explique que certaines mères *se vouent corps et âme* à leur enfant invalide, *dans un sacrifice d'elles-mêmes et de leur vie de femme*¹.

Néanmoins, de ce comportement, elles en retirent des bénéfices inavouables. Bien sûr une telle relation, qualifiée de symbiotique, fusionnelle, ne permet pas la possibilité d'un tiers, car la séparation est vécu comme un arrachement. D'ailleurs, elle explique que chaque échec thérapeutique visant à séparer la dyade, ne fait que renforcer le couple mère-enfant et consolide les croyances dans l'hostilité du monde extérieur. Elle ajoute que bien souvent, ces mères repoussent ou incitent l'échec des tentatives d'orientations vers un centre spécialisé.

Comme dit dans les précédents paragraphes, la rencontre avec le sujet handicapé ne va pas de soi et peut susciter en nous des processus inconscients défensifs. S. Korff-Sausse l'exprime en disant que: « *les situations extrêmes appellent des solutions extrêmes* ».

I.4 LES DEFENSES :

Le psychanalyste A.Ciccone explique que « *le soin en général et le soin au handicap en particulier contiennent une part inévitable de violence* »². Nous pouvons donc faire le parallèle avec l'accueil et les soins dispensés en MAS. Pour ainsi dire, la violence est inséparable de la rencontre avec les résidents de ce type d'institution, du fait de leur dépendance et de leur absence d'autonomie. En effet, cela peut nous placer dans une toute puissance entraînant de la violence, mais peut aussi rendre insupportable l'autonomie du sujet.

De ce fait, face au choc de la rencontre avec le sujet handicapé, la peur qu'il en découle, mais aussi la violence que cette pathologie peut nous renvoyer, on observe plusieurs réactions défensives :

- L'une d'elle serait de **renvoyer cette violence en miroir**. C'est-à-dire, être maltraitant.
- On observe aussi le personnel adopter un **langage particulier** : vocabulaire de terrain, plaisanteries, humour grinçant.
- Certains ont des **réactions somatiques** : nausées, vertiges, vomissements...
- D'autre adoptent la **fuite** : fuite de la relation avec le patient, comportement opératoire, ou départ de l'institution.

¹ KORFF-SAUSSE, S., op. cit., p.48

² CICONNE A., (2009), *La vie psychique des personnes handicapées*, p. 197

- La *sidération* : qui serait une incapacité de penser et d'éprouver. C'est un processus inconscient qui est difficile à repérer. Elle peut amener à des gestes mécaniques, des intentions opératoires, mais aussi de la fascination, voir déification.
- Les *fantasmes violents* : S. Kroff-Sausse parle chez les parents d'envie de meurtre : « Ou je le tue ou je me tue ».

Jusque-là, nous avons abordé la question du handicap sous un angle général sans détailler les pathologies types rencontrées dans les Maisons d'Accueil Spécialisée. Ainsi, ce type d'institution accueille majoritairement des personnes polyhandicapées, mais aussi des personnes déficientes mentales sévères.

Une personne polyhandicapée est une personne présentant un *handicap grave* à expressions multiples, associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde.

Le cas clinique que je présenterai en deuxième partie est celui d'une personne déficiente mentale sévère. Elle associe une déficience mentale et une déficience motrice, mais ne présente pas de handicap grave. De fait, elle ne peut donc pas à ce titre être considérée comme un sujet polyhandicapé. C'est pour cela que nous allons nous pencher plus précisément sur la définition de la déficience mentale.

II. LA DEFICIENCE MENTALE :

La déficience mentale est un « *Fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne, associé à des limitations dans au moins deux domaines du fonctionnement adaptatif : communication, compétences domestiques, habiletés sociales, aptitudes scolaires fonctionnelles* »¹.

II.1 LES DIFFERENTS DEGRES DE DEFICIENCES MENTALES :

Il existe différents degrés de déficiences mentales déterminés en fonction du Quotient Intellectuel (QI) de la personne. Le QI est évalué par l'utilisation de tests psychométriques, comme par exemple le test de Binet. Il faut néanmoins avoir en tête qu'un QI est considéré comme appartenant à la « normalité » lorsqu'il est compris entre 90 et 110.

¹ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/semioRENAULT/POLY.Chp.3.html>

Cinq différents degrés :

- Déficience mentale *profonde* : $QI < 25$
- Déficience mentale *sévère* : $QI < 40$
- Déficience mentale *modérée* : $QI < 55$
- Déficience mentale *légère* : $QI < 70$
- Déficience mentale *limite* : $QI < 85$

Le cas clinique que j'exposerai concerne une déficience mentale sévère, voir même profonde. Ainsi, clarifions les caractéristiques de ces deux types de déficiences :

- La Déficience mentale profonde :

Elle a des répercussions sur le niveau de développement, avec un niveau mental qui ne dépasse pas 2 ou 3 ans. Le sujet présente un retard massif de toutes les acquisitions, avec un langage réduit à quelques mots ou phonèmes. Il est à noter l'existence fréquente de troubles neurologiques associés, tel que l'épilepsie, mais aussi des troubles affectifs et du comportement. Le Sujet présente des perturbations relationnelles massives, avec des symptômes évoquant certaines psychoses infantiles.

- La Déficience mentale sévère :

Elle a aussi des répercussions sur le niveau de développement avec un âge mental situé autour de 6/7 ans. Le sujet présente un retard de développement psychomoteur fréquent, mais avec une certaine autonomie possible si l'environnement se montre suffisamment stimulant. Le langage est asyntaxique et la scolarisation impossible. De plus, la pensée se maintient au mode préopératoire.

II.2 L'ETIOLOGIE : LES CAUSES DE LA DEFICIENCE MENTALE :

Il existe plusieurs origines possibles à la déficience mentale :

- *Les causes prénatales* : Les perturbations du programme génétique, les maladies héréditaires du métabolisme, les troubles de la répartition du matériel génétique, les atteintes dues à des maladies transmissibles (rubéole, toxoplasmose).
- *Les causes périnatales* : Les atteintes mécaniques : hémorragies cérébro-méningées.
- *Les causes postnatales* : Maladies infectieuses, les carences graves en stimulation.

II.3 LA DEFICIENCE MENTALE PEUT ETRE ASSOCIEE A DES TRAITS AUTISTIQUES :

Nous avons vu que la déficience mentale peut avoir des répercussions sur le niveau de développement du sujet avec, pour certains, des symptômes évoquant certaines psychoses infantiles. En effet, il n'est pas rare de retrouver chez des personnes déficientes mentales sévères ou profondes des *traits autistiques*.

Les traits autistiques sont des comportements chez le sujet s'apparentant à des comportements que l'on retrouve chez les patients atteints d'autisme. C'est-à-dire que l'on peut noter :

- Des altérations du langage et de la communication.
- Des altérations de la réciprocité dans les interactions sociales : avec par exemple un évitement du regard, un regard périphérique et non focal, des particularités au niveau des mimiques ou de la gestuelle. Mais aussi, une pauvreté d'expression de soi, de ses éprouvés et de l'image corporelle.
- Un caractère restreint et répétitif des comportements dans les centres d'intérêts et les activités. On peut observer des stéréotypies, comme des mouvements répétitifs, s'apparentant à un mécanisme de défense face à la difficulté du sujet à traiter les flux sensoriels et la nouveauté.

De ce fait, nous pouvons nous interroger sur la façon dont les personnes atteintes d'une déficience mentale se représentent leur corps.

III. CONSTITUTION D'UN SENTIMENT DE CONTINUITE D'EXISTENCE :

D. W. Winnicott a travaillé autour des différentes fonctions psychiques possiblement assurées par l'environnement, et plus particulièrement par la mère envers le nourrisson.

Il appelle « *préoccupation maternelle primaire* » l'identification primaire de la mère à son enfant, nécessaire pour que celle-ci lui apporte les différents soins dont il a besoin. De là, la mère s'adapte et répond aux besoins de l'enfant suivant trois interventions maternelles définies par Winnicott comme étant : ***le holding***¹, c'est-à-dire la façon dont la mère porte l'enfant, ***le handling***¹, soit la manière dont le bébé est manipulé par la mère et ***l'object-presenting***¹, qui correspond à la manière dont la mère fournit à l'enfant un accès aux objets de la réalité externe.

¹ WINNCOTT, D.W., (1971), *Jeu et réalité*, p.204

Cette triade procure à l'enfant un « *self* », permettant en lui l'émergence d'« *un sentiment continu d'exister* »¹. Cependant ce sentiment de continuité d'existence n'est pas toujours actif chez le sujet handicapé. En effet, beaucoup de résidents au sein des Maisons d'Accueil Spécialisées vivent des angoisses primaires.

Des angoisses que nous avons tous pu vivre étant nourrisson et qui ont été apaisées, représentées et en partie refoulées, notamment grâce à ces fonctions psychiques assumées par notre environnement.

III.1 LES ANGOISSES ARCHAÏQUES :

Comme dit plus haut, les angoisses archaïques sont des angoisses initialement vécues par le nourrisson. En effet, in utero le fœtus se développe dans un milieu ayant certaines particularités. Il ne subit pas la gravité, il est rassemblé sur lui-même, il est contenu dans le ventre de sa mère, ses besoins physiologiques sont assurés par le cordon ombilical, il n'a pas besoin de réguler sa température corporelle, etc.

A l'accouchement, le bébé se retrouve confronté à un tout autre milieu dont les propriétés sont éminemment différentes. Les règles ont changé, désormais il lutte contre la gravité, il a froid/chaud, il a faim, etc. Toutes ses nouvelles sensations autour de la naissance contribuent à l'émergence, selon Winnicott, d'un « *malaise métaphysique* », « *un malaise initial* ». Le nourrisson éprouve une sensation d'« *interruption de l'être* »², responsable de ce qu'il appelle alors une *agonie primitives*, ou *terreur sans nom*.

Aussi nommées angoisses archaïques, elles appartiennent à l'ordre de l'irreprésentable pour le sujet. Plus l'angoisse est archaïque, plus son intégrité corporelle est remise en question.

Ces angoisses sont à mettre en lien avec l'immaturation physiologique du tout petit et ne sont, d'après E.W.Pireyre, considérées comme pathologiques que lorsqu'elles conservent une certaine place dans l'économie psychique du patient.

Freud exprime en premier le rôle que joue l'angoisse dans l'organisation psychique du sujet. Pour lui ce serait l'affect, partie brute des pulsions, dénué de toutes représentations, qui serait à l'origine de l'angoisse. Pour Freud, le symptôme névrotique, c'est à dire le refoulement, va permettre d'empêcher l'irruption de l'angoisse.

¹ http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2011.flemal_s&part=354627

² PATURET, J-B., ZERILLO S., (2011), *Sciences-Croisées Numéro 7-8 : Soin de l'âme*, p.4-5

En cela, l'angoisse serait fondatrice de la névrose, elle serait même son souci principal. Ainsi Freud considère l'angoisse comme un point essentiel de l'organisation psychique.¹ Cependant, si l'on prend le sujet polyhandicapé ou déficient sévère, leur handicap lourd ne favorise pas l'intégration psychique de ses angoisses primitives.

Ils accèdent difficilement au refoulement et leur structuration psychique est donc plus proche de la psychose que de la névrose. Ils sont de ce fait régulièrement assaillis par ces agonies primitives, ces terreurs sans nom. Nous distinguons plusieurs types angoisses archaïques :

- **Des angoisses d'effondrement** : elles correspondent aux angoisses les plus archaïques, c'est la crainte d'un anéantissement.
- **Des angoisses de chutes** : elles sont à mettre en lien avec les premiers ressentis de pesanteur par le nourrisson. C'est l'angoisse d'une chute sans fin, d'être aspiré par le sol.
- **Des angoisses de liquéfaction** : en lien avec une représentation fragile des limites du corps, de la peau. Cette angoisse est une angoisse de dissolution, d'un corps qui pourrait se liquéfier.
- **Des angoisses de morcellement** : Le sujet se représente son corps comme plusieurs « morceaux » qui ne seraient pas reliés les uns aux autres.
- **Des angoisses de vidage et d'intrusion** : la peau est perçue comme un contenant, il y a un début de constitution d'une enveloppe psychique, mais elle est ressentie comme perforée. L'angoisse est donc que le corps se vide ou qu'il y ait une intrusion, sans que le sujet n'en ait la maîtrise. Cette angoisse autour de *l'entrer/sortir* est apaisée avec la maîtrise des sphincters par l'enfant.

En somme, ces différentes angoisses archaïques, vécues lors de notre prime enfance, sont en parties surmontées par le refoulement, mais aussi par les représentations.

C'est ainsi que l'environnement, notamment maternel, participe à ses processus de représentation et de refoulement par le biais des soins et du portage qu'il fournit, permettant l'émergence d'un sentiment de continuité d'existence chez le bébé.

Cependant, à l'issue de son développement, comment le sujet parvient-il à ne plus avoir recours à l'environnement pour assurer ses fonctions psychiques ?

¹ RAYNAUD-SERIOT, C., (2005) *L'angoisse comme organisateur psychique*, UTM 2004-2005, p.4

Comment parvient-il à ne plus être en prise aux angoisses archaïques ? L'hypothèse serait que le sujet se constitue une représentation suffisamment constante de son corps.

III.2 IMAGE DU CORPS : DEFINITION :

Théorisée par les psychanalystes, *l'image du corps* serait la représentation inconsciente que se constitue le sujet de son corps.

Certains la distinguent alors du *schéma corporel*, en ce que le schéma corporel spécifierait l'individu en tant que représentant de l'espèce. Julian de Ajuriaguerra, le dit d'ailleurs *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* »¹

Par contre, l'image du corps se construit avec les vécus et les expériences du sujet. Elle serait donc propre à chacun. Elle est ainsi liée à l'histoire du sujet et s'élabore dès les premiers temps de notre existence. Dolto la définit comme étant « *la synthèse vivante de ses expériences émotionnelles* », elle est « *l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant* »².

Dans son livre sur la clinique de l'image du corps, Eric W. Pireyre explique pourtant que d'un point de vue étymologique et sémantique, il est presque impossible de distinguer « *image* » et « *schéma* ». Il exprime même qu'il serait nécessaire d'abandonner le terme de schéma corporel puisque, selon lui, il serait trop imprécis. Afin d'expliquer l'image du corps, il reprend les différents positionnements et définitions des psychanalystes autour de ce concept. Il fait ainsi le constat que tous s'accordent à dire, que cette représentation reposerait sur trois piliers, qui sont : l'*inconscient*, la *libido* et le *désir* du sujet. De façon schématique, l'inconscient est le système contenant les pulsions refoulées, la libido est l'énergie des pulsions dites sexuelles et le désir s'oppose au besoin et naît de l'écart entre le besoin et la demande.

De ce fait, l'image du corps n'est pas seulement inconsciente, elle est aussi une partie de l'inconscient du sujet. Il explique alors que « *le positionnement théorique de la psychomotricité se complexifie* », puisque le psychomotricien n'agit pas directement sur l'inconscient du sujet, mais seulement en apparence puisque « *les théories psychanalytiques reconnaissent à l'image du corps la capacité d'émerger à la conscience*

¹ <http://neuromotricite.blogspot.fr/2008/06/schema-corporel.html>

² DOLTO, F., (1984), in E.W. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p.38

*sous certaines conditions [...] Les psychomotriciens les connaissent. Ils les appellent communément « médiations »*¹.

Pour ne pas s'éloigner du cas des personnes accueillies en Maison d'Accueil Spécialisée, gardons en tête que nous tentons d'interroger la manière dont le sujet fait face aux angoisses archaïques.

Ainsi, en reprenant le concept d'image du corps, nous mettons en avant son élaboration par le sujet grâce à la synthèse de ses expériences émotionnelles. Ce qui participe à ce que Winnicott nomme un sentiment de continuité d'existence, puisque l'image du corps est donc la façon dont le sujet se représente son corps.

Cependant, le lourd handicap des résidents influence leur capacité de synthèse de ses expériences émotionnelles et donc la constitution de leur image du corps. Pour eux, ses expériences sont perçues de manière incohérente. Ainsi, Éric W.Pireyre rattache les troubles de la représentation du corps d'origine physique et psychique, à la pathologie de l'image du corps. De ce fait, « *l'approche psychomotrice peut concerner un ou plusieurs sous-composants de l'image du corps* » puisque le psychomotricien « *accompagne son patient sur le chemin de la prise de conscience de ses sensations corporelles, [...] de sa capacité à lâcher prise et d'être présent à soi-même.[...] Par la prise de conscience du corps, elle mobilise le patient aux niveau sensoriels, affectif et relationnel[...] (et) facilite l'identification des perceptions, l'émergence d'émotions et de représentations* »¹.

Chez le sujet polyhandicapé ou déficient sévère, l'image du corps est fluctuante, elle n'est pas stable. De ce fait, le sujet questionne son intégrité corporelle, ce qui s'observe par le renforcement chez lui de vécus d'angoisses archaïques.

Les résidents accueillis en MAS utilisent alors des moyens de lutte contre ses angoisses, cependant ceux-ci sont énergivores et prennent trop de place dans leur économie psychique.

III.3 LES AGRIPPEMENTS (LUTTE CONTRE L'ANGOISSE) :

La persistance des angoisses archaïques pousse le sujet à mettre en place des moyens de luttés contre ses vécus déstructurants, désorganisant.

Ces moyens de lutte passent par la recherche de stimulations visuelles, olfactives, auditives, mais aussi kinesthésiques, vestibulaires, etc. En d'autres termes, le sujet s'accroche à un ou plusieurs stimuli pour faire face à ces angoisses.

¹ PIREYRE, E.W., (2011), *Clinique de l'image du corps*, p.16

Bullinger l'explique par le fait que maintenir un certain état de tension par le biais de ces stimulations, permet au sujet de garder présente son image corporelle. Ainsi, selon lui, à défaut de représentations, l'activité répétitive est le seul moyen trouvé par le sujet pour stabiliser une image corporelle mouvante, fluctuante, qui le renvoie à un sentiment de discontinuité d'existence.

C'est pour cela que l'on peut observer chez certains résidents des stéréotypies, telles que des balancements, des coups, des grincements de dents, des bruits de bouches, etc.

On parle alors d'*agrippements auto-sensuels*. C'est-à-dire que le sujet se tient, s'agrippe, à une ou plusieurs stimulations afin d'annuler l'angoisse. Cependant ces agrippements ne permettent pas d'amener de la représentation, de la pensée. Ils sont de la sensation pour de la sensation et si l'agrippement cesse, c'est le retour massif de l'angoisse qui s'annonce. Nous sommes alors face à une répétition sans fin et ce moyen de lutte n'est donc pas économique pour le sujet. De plus, comme l'agrippement ne peut que se multiplier et n'amène aucune inter-sensorialité, il participe à un vécu de démantèlement chez le sujet, ce qui amplifie l'angoisse initiale.

Ainsi, c'est au travers de la relation et des interactions entre le sujet et l'environnement, que l'on peut tenter de transformer ces agrippements auto-sensuels en *agrippements auto-érotiques*. L'agrippement auto-érotique nécessite certaines capacités de symbolisations difficilement accessibles aux résidents des Maisons d'Accueil Spécialisée. Ces agrippements se construisent dans la relation à l'autre pour pouvoir ensuite être retrouvés seul. Ce sont des jeux auto-subjectifs, le sujet rejoue dans son corps ce qu'il a vécu en interrelation. Ainsi, l'autre, même absent, peut-être fantasmé. Comme le bébé qui, en absence de sa mère angoisse lorsqu'il a faim, peut sucer son pouce et halluciner le sein.

Ce type de conduites laissent donc penser que le sujet s'ouvre à la symbolisation et donc à une meilleure représentation de son image du corps.

L'agrippement auto-érotique est ainsi un autre moyen de lutte contre l'angoisse, mais un moyen plus économique pour le sujet. En effet, les sensations qu'il en retire sont liées et amènent à de la représentation.

En résumé, nous savons donc que l'image du corps est la représentation inconsciente du corps. Cette représentation est amenée par l'environnement. Son absence suscite un vécu de discontinuité d'existence chez le sujet, marqué par l'émergence massive d'angoisses archaïques.

Nous pouvons alors nous interroger sur la manière dont les représentations se mettent en place chez le sujet et quelles entraves elles peuvent rencontrer face au handicap qu'il présente.

III.4 HABITER SON CORPS :

« *Habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importante à laquelle est confronté le bébé dans son développement. Dans sa période dite sensori-motrice, le bébé apprend à habiter son corps, mais il en fait aussi un moyen d'action sur son milieu humain et physique.* »¹

III.4.1 LE CONCEPT D'INSTRUMENTATION DE BULLINGER :

Le concept d'instrumentation du corps défini par A.Bullinger, découle du concept d'appropriation de Léontiev, mais aussi des travaux de Piaget concernant l'adaptation et l'intelligence. A.Bullinger utilise le terme d'*instrumentation* pour décrire la manière dont l'enfant transforme en outils ses systèmes sensori-moteurs, afin de comprendre et agir sur son milieu. Les systèmes sensori-moteurs sont les systèmes concernant conjointement les données sensorielles et l'activité motrice, mais aussi leurs interactions.

A.Bullinger distingue initialement *organisme* et *activités psychiques*. C'est-à-dire qu'il sépare les fonctionnements de ce qu'il appelle la *machine biologique*, des activités psychiques du sujet. Pour ainsi dire, une personne présentant un handicap moteur, ne sera pas obligatoirement sujette à une déficience mentale. Puis il différencie l'organisme, du corps. Pour lui, l'organisme est objet du milieu biologique et physique, et le corps, représentations de cet organisme. Cela nous renvoie aux notions de Schéma corporel et d'Image du corps développées précédemment. L'image du corps serait alors la représentation que l'on se fait de notre organisme. De ce fait, il explique que le *corps* n'est pas une donnée de départ pour le sujet. Il se construit au cours du développement et est donc sujet à des modifications au grès de nos actions, il n'est pas de nature stable.

Pour saisir le concept d'instrumentation du corps, il faut être sensibilisé à l'importance des interactions entre l'organisme et le milieu. En effet, l'activité psychique naît de ces interactions et de leurs répétitions dans le temps et l'espace. C'est dans *la redondance que l'activité va jouer son rôle d'extracteur d'invariants*². Pour A.Bullinger, *l'objet de connaissance* est donc constitué par l'interaction entre les systèmes sensori-moteurs et un objet du milieu, il existe uniquement grâce à elle.

¹ BULLINGER, A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p. 151

² Ibid, p.50

En somme, le concept d'instrumentation est la façon dont le sujet instrumente son organisme afin de comprendre et agir sur son milieu. Instrumenter serait alors transformer ses perceptions sensorielles et son activité motrice en outils. C'est-à-dire, dégager de ses interactions répétées avec le milieu des invariants, qui seront ainsi des objets de connaissances qui modifieront la qualité des actions du sujet. De ce fait, le sujet nourrit son activité psychique, s'ouvre aux représentations, passant ainsi d'un organisme « objet » à un corps « représenté ».

Ce qui nous amène à développer quel est le ou les milieux avec lesquels le sujet entre en interaction et de quelle manière.

III.4.2 LES MILIEUX & L'EQUILIBRE SENSORI-TONIQUE (BULLINGER) :

A.Bullinger explique que l'interaction du sujet avec le milieu passe par l'action. Cette action n'est possible que si un certain équilibre est atteint par le sujet. Il nomme cet équilibre: *équilibre sensori-tonique* et ajoute que trois vecteurs sont susceptibles d'agir sur celui-ci. C'est trois vecteurs sont en réalité trois milieux sur lesquels le sujet va prendre appuis pour se développer:

- Le milieu Physique : Notre organisme est fait de telle sorte qu'il peut lier entre eux les différents flux (stimulis) que fournit notre environnement. *Notre cerveau* traite ces différents signaux à travers l'interaction et les replace dans un espace et un temps. Si le milieu physique n'assume pas ce rôle, comme dans le cas d'un cerveau lésé ou d'un mauvais système électrique, alors l'environnement est perçu comme ne répondant pas aux attentes élémentaires de notre organisme et constitue ce qu'A.Bullinger appelle une dystimulation.
- Le milieu Biologique: permet la cohérence et la maîtrise de l'environnement. Le traitement des signaux envoyés par l'environnement passe par *des voies et des territoires corticaux* supposés intacts. Même si les systèmes sensori-moteurs jouent un rôle déterminant pour atteindre et répéter les flux, ils ne sont pas responsables de leur traitement. Ainsi, en cas de non fonctionnement de ces voies ou territoires, comme par exemple une cécité visuelle, ou une surdité, il n'est pas possible pour le sujet d'en extraire des régularités. De ce fait, le milieu paraît incohérent et est difficilement maîtrisable.

- Le milieu Humain: Il est essentiel à la survie du bébé, nécessaire à un adulte sain, et A.Bullinger ajoute même que le sujet déficient l'utilise comme relais afin de suppléer à ses manques. Le milieu humain est **la communication** entre les individus. Communication verbale, mais aussi non-verbale. Pour cela, il ajoute que les premiers échanges passent par le corps. On peut ainsi parler du *dialogue tonico-émotionnel*¹ défini par Ajuriaguerra, qui nomme ainsi les capacités de partages observables entre la mère et son bébé, communication qui passe éminemment par l'état tonique de leurs corps.

L'équilibre sensori-tonique correspond donc pour A.Bullinger à une *surface d'équilibre* tendue par ses trois milieux. Pour lui, cet équilibre se situe à l'articulation entre le biologique, le cognitif et l'émotionnel. Cette surface d'équilibre est nécessaire au sujet, afin qu'il puisse s'y sentir exister de manière stable et y disposer de moyens pour regarder et agir sur le monde. Si l'un de ces milieux, facteurs de cette surface d'équilibre, venait à manquer, alors le sujet ne se sentirait pas présent et aurait recours à des stimulations présentées plus haut (agrippements) afin de lutter contre une angoisse de discontinuité d'existence.

III.4.3 L'AXE DE DEVELOPPEMENT :

Le travail représentatif du nourrisson suit un certain nombre d'étapes au cours de son développement. A.Bullinger réalise ainsi un tableau représentant un *axe de développement*. C'est-à-dire une série d'étapes que le bébé maîtrise au cours de son développement et qui correspondent à l'instrumentation progressive de son corps :

1. **La Maîtrise de l'espace oral** : La bouche est une zone de capture et d'exploration. C'est par son intermédiaire que le bébé va vivre ses premières expériences de nourrissage. Pour que ces expériences puissent prendre sens, il faut respecter ce que Bullinger appelle *l'aspect narratif du repas*. C'est-à-dire, tenir le bébé rassemblé contre soi, lui permettre la capture du sein, son exploration, la succion, la déglutition, puis la satiété qui en découle. Le bébé vit ainsi une première expérience de *contenance* et la bouche devient pour lui le moyen privilégié d'explorer son environnement.

¹ AJURIAGUERRA, J., (1970), in E.W. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 130

2. **La Maitrise du buste** : correspond à l'équilibre que le bébé trouve entre ce que Bullinger nomme *sa musculature de flexion et d'extension*, et qui va lui permettre progressivement de se redresser. Les coordinations qu'il va réaliser d'avant/arrière vont lui permettre de se créer un *arrière-fond*. Initialement, c'est le milieu humain qui va fournir au bébé les appuis nécessaires afin de lutter contre le déséquilibre postural qu'il subit du fait de la gravité. Jusqu'au jour où il aura acquis la station assise et intégré l'enroulement. Le milieu humain ne se contente pas de fournir des appuis physiques, il amène aussi des appuis psychiques qui vont permettre au bébé de se constituer ce que G.Haag appelle « *l'objet d'arrière-plan* » et qui passe par l'interpénétration des regards.
3. **La Maitrise du torse** : équivaut aux coordinations des héli-espaces gauche et droit. Ces coordinations vont amener la constitution d'un *espace de préhension unifié* situé dans la zone orale. La zone orale devient ainsi le relais essentiel pour permettre les échanges d'un héli-espace à l'autre, c'est *l'espace unifié* où les mains peuvent coopérer. Le bébé intériorise ainsi progressivement qu'il est organisé autour d'un *axe corporel*.
4. **La Maitrise du corps** : Dans cette ultime étape, le bébé réalise des coordinations entre le haut et le bas de son corps. Il investit son bassin et effectue des flexions autour de celui-ci lui permettant des enroulements. Ainsi, progressivement, le bébé investit non seulement ses membres inférieurs dans leurs rôles d'explorations et de portage, mais il prend également conscience de l'unité de son corps. C'est là *une première représentation sensorimotrice de son organisme dans son entier*.¹

Nous avons donc ici énuméré les étapes du développement d'un sujet qui serait dit dans la normalité. De ce fait, nous pouvons nous questionner sur les entraves que peut rencontrer un sujet handicapé au cours de son développement, mais aussi sur les répercussions, les conséquences psychomotrices de ses entraves.

¹ BULLINGER, A., (2004), *Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement*, p. 136

III.5 PSYCHOMOTRICITE ET HANDICAP :

Dans cette dernière partie, nous allons pointer les différentes sources à l'origine des dysfonctionnements rencontrés dans l'instrumentation par le sujet de son corps.

III.5.1 L'INCIDENCE DU HANDICAP & INSTRUMENTATION :

Au cours des précédents paragraphes, nous avons pu parler des *flux*. Ils sont générés par l'environnement et doivent être traités par le sujet afin que celui-ci en retire une cohérence et des invariants. B.Lesage s'intéresse lui aussi aux représentations du corps en s'appuyant sur les travaux d'A.Bullinger. Il définit alors « *les flux sensoriels* » comme étant « *un ensemble de signaux continus et orientés -gravitaires, visuels, auditifs, olfactifs, tactiles-, qui, mis en corrélation avec la sensibilité profonde (sollicitée notamment dans les mouvements d'orientation) étayent la proprioception fondée sur leur co-variation.* »¹. Nous sommes tous perpétuellement sollicités par ces différents flux. Le système sensoriel sensible aux flux est fonctionnel très tôt dans notre développement. Il nous a permis et nous permet encore aujourd'hui, de capter, analyser, relier, répertorier, filtrer (etc.) tous ces flux. Cependant, ces capacités qu'a notre système sensoriel de traiter les flux supposent que son fonctionnement soit intact et qu'il ne présente aucun déficit. Ce qui n'est pas toujours le cas du sujet handicapé. Nous allons donc tenter de voir les répercussions d'un mauvais traitement des flux par le système sensoriel, en fonction du déficit rencontré :

- **La non maîtrise des flux :** Le sujet présente une grande difficulté à traiter les similitudes produites par ses mouvements, hélas indispensable pour se situer dans un flux. De ce fait, il n'arrive pas à orienter ses actions dans l'espace et ne peut donc pas utiliser les différentes parties de son corps comme moyen d'action sur le monde. En conséquence, le sujet présente des *troubles* sévères relatifs à une fragilité de son *image corporelle*, une *instabilité* et une *irritabilité émotionnelle*.
- **Le non accès à un flux :** Cela correspond à un déficit sensoriel. (Ex : un sujet mal voyant). Une des entrées sensorielles étant défectueuse, elle aura pour conséquence chez le sujet de complexifier sa localisation des flux dans l'espace, mais aussi d'entraver l'intériorisation de son image corporelle. Ce non accès à un flux peut être à l'origine de troubles spatiaux et posturaux.

¹ LESAGE, B., *Un corps à construire*, <http://www.passeursdedanse.fr/pdf/Uncorpsaconstruire.pdf>, p.4

Cependant, les dysfonctionnements rencontrés par le sujet handicapé ne concernent pas uniquement une mauvaise gestion des flux ou un non-accès aux flux :

- **Les Limitations motrices** : Elles sont en lien avec les difficultés que rencontre le sujet à réguler son tonus, c'est-à-dire l'état de tension musculaire qu'il va présenter au repos, maintenir pour conserver une posture, ou encore engager pour réaliser une action, un mouvement. Ces difficultés de régulation tonique entraînent une désorganisation du schéma corporel, souvent à l'origine de troubles praxiques, troubles des coordinations des postures asymétriques et de maladresse. Néanmoins, il n'affecte pas l'intégration de l'axe corporel par le sujet, mais celui-ci présente cependant des difficultés dans ses points d'appuis (équilibre). Il arrive que ces troubles soient associés à une image corporelle désorganisée, mais cela n'est pas systématique.

- **Les Difficultés de représentation** : Elles correspondent aux difficultés rencontrées par le sujet vis-à-vis de sa maîtrise des représentations qui s'intéressent aux mouvements spatialement orientés. Le trouble se situe *au niveau de la compréhension et du contrôle de l'effet spatial du geste*¹. Les apprentissages de nouvelles coordinations sont difficilement automatisés, de ce fait le contrôle du mouvement est toujours conscient et fait oublier l'objectif final du mouvement réalisé.

Existe aussi ce qu'A.Bullinger qualifie :

- **D'Instrumentations différentes** : C'est-à-dire que le sujet présentant des troubles dispose néanmoins du même matériel biologique qu'un individu dit « normal ». Il devrait alors pouvoir traiter les flux de la même manière. Pourtant, son instrumentation est différente.

En effet, il instrumente ses moyens sensori-moteurs en privilégiant *les fonctions périphériques au détriment des fonctions focales*¹. Cette manière de traiter les flux ne prend pas en compte la dimension spatiale et le sujet reste centré sur son corps.

¹ BULLINGER, A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p. 58

Les actions du sujet se focalisent alors autour des sensations qu'il en retire, au détriment de l'objectif à atteindre (Ex : marcher pour aller vers l'objet, devient marcher pour la sensation des pieds sur le sol), ce qui n'est pas sans rappeler les agrippements auto-sensuels que nous avons qualifiés de recherche de sensation pour de la sensation.

Nous voyons donc ici que le handicap peut avoir une incidence sur l'instrumentation faite par le sujet de son corps. Cela entraîne des répercussions sur ses capacités à comprendre, agir sur son environnement et à se constituer une image corporelle, entraînant alors l'expression de nombreux symptômes associés à ce déficit d'instrumentation. De ce fait, ceci nous amène à nous interroger sur l'incidence que le handicap peut avoir sur les différentes étapes du développement psychomoteur du sujet.

III.5.2 INCIDENCE DU HANDICAP & AXE DE DEVELOPPEMENT:

En ayant une influence sur les capacités d'instrumentation du sujet, le handicap touche alors également la maîtrise des différentes étapes de l'*axe de développement* décrit en amont. Nous allons donc poursuivre ce cheminement en établissant les différents troubles liés aux non maîtrises des différentes étapes qui le constituent. Ils sont répertoriés dans le tableau de l'axe de développement proposé par A.Bullinger:

- **Non-Maitrise de l'espace oral :** Correspond à un défaut *d'instrumentation de la bouche*. Elle serait à l'origine d'un *clivage entre capture et exploration*, entraînant des troubles praxiques de la zone orale. Il participerait à un *défaut de contenance*.
- **Non-Maitrise du buste :** Correspond à un défaut *d'instrumentation de la vision*. Elle susciterait un *clivage entre arrière et avant*, provoquant des troubles des praxies oculomotrices et un tonus pneumatique. Il génère la *non-crédation d'un arrière fond*.
- **Non-Maitrise du torse :** Correspond à un défaut *d'instrumentation du torse et des mains*. Elle provoquerait un *clivage entre la gauche et la droite*, engendrant des troubles praxiques concernant les membres supérieurs, l'axe corporel et l'espace de préhension. Le sujet *n'intériorise pas son axe corporel*.

- **Non-Maitrise du corps** : Correspond à un défaut *d'instrumentation du bassin et des jambes*. Elle serait à la source d'un *clivage entre le haut et le bas* du corps, générant des troubles praxiques concernant l'espace du corps et les déplacements. Le sujet ne s'approprie pas son corps comme étant un corps véhicule.

~ Conclusion ~

A l'issue de cette première partie nous avons pu pointer les difficultés soulevées durant la rencontre avec le sujet handicapé et les défenses qui peuvent s'y jouer en nous.

Nous avons ainsi mis à jour l'importance des premiers liens entre le bébé et son environnement, notamment maternel, et les répercussions du handicap sur ceux-ci. En établissant la nécessité pour le sujet d'acquérir un vécu de continuité d'existence, nous avons pu comprendre l'émergence en lui d'angoisses dites archaïques. Nous avons pu ainsi saisir la manière dont celui-ci maintient ce sentiment par lui-même, en se constituant une représentation inconsciente de son corps : l'image du corps. Ses représentations inconscientes trouvent racine dans l'instrumentation que le sujet en fait. Cette instrumentation requiert un organisme dont le système sensoriel, sa sensori-motricité, fonctionne correctement. Dans le cas d'un sujet handicapé, nous avons pu voir que cela n'était pas obligatoirement le cas. Cela génère alors une image corporelle souvent flottante que le sujet maintient par le biais d'agrippements auto-sensuels.

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

~ Introduction ~

Dans cette deuxième partie, nous allons suivre l'étude d'un cas clinique rencontré sur mon lieu de stage. Il me semble que cette étude, croisée avec les éléments théoriques amenés en première partie, pourrait illustrer le lien existant entre la persistance d'angoisses archaïques et un défaut d'instrumentation. Je laisserai donc émerger de mes observations cliniques, les hypothèses qui ont guidées le suivi réalisé auprès de Solly. Ces interrogations seront nourries d'éléments théoriques qui m'ont permis, et me permettent encore aujourd'hui, de penser le soin autour de cette résidente. Au travers de ces vignettes cliniques, je vais tenter d'illustrer et de répondre à la problématique énoncée dans l'introduction de mon mémoire :

En quoi la persistance d'angoisses archaïques chez le sujet déficient sévère pourrait être en lien avec la difficile mise en place de ses représentations du corps?

I. ETUDE D'UN CAS CLINIQUE :

I.1 TRAVAIL AUTOUR DU CAS CLINIQUE DE SOLLY :

I.1.1 PRESENTATION :

Solly est une femme née le 11 avril 1972, elle a donc 43 ans au moment de mon stage. Elle est résidente de la Maison d'Accueil Spécialisé en raison de sa déficience mentale sévère et de son absence d'autonomie. Solly est plutôt de petite taille étant donné que, du haut de mon mètre soixante, je la dépasse d'une bonne demi-tête. Elle est brune aux yeux marron et sa peau est claire. La première fois que je la rencontre, c'est au cours d'un entretien mené par le psychomotricien et en présence de sa sœur aînée, devenue sa tutrice depuis la mort de leurs parents. Ce jour-là, Solly me fait l'effet d'une personne âgée visitée par sa fille car, physiquement, sa sœur aînée me donne l'impression d'être bien plus jeune qu'elle. En effet, le visage de Solly semble marqué par les années et elle se tient de façon voûtée dans une démarche lente et mal assurée. Dans ses déplacements, elle agrippe fermement le bras de sa sœur et avance pas à pas. Pour autant, Solly est une personne souriante et cela s'observe essentiellement à ses yeux plissés et son sourire en coin, lui donnant une expression mutine sur le visage. Elle me paraît joyeuse et j'associe cette humeur à la présence de sa sœur.

Ma première impression concernant Solly est celle d'une petite fille dans un corps de vieille dame, il est difficile de lui donner un âge. Assise aux côtés de sa sœur, elle me paraît fragile, discrète, timide. Je le ressens ainsi car Solly vient souvent chercher la main de sa sœur, ou même celle du psychomotricien, pour les serrer doucement durant l'entretien. Ajouté à cela, Solly ne dit pas un mot, pas une parole, elle se contente de petits soupirs ou de rires étouffés. Elle fuit les regards directs et garde la tête baissée durant tout l'échange. Toutefois, je note qu'elle observe les deux interlocuteurs du coin de l'œil quand ils ne lui prêtent pas attention. Durant la rencontre, Solly semble sensible aux émotions provoquées par l'entretien. L'émoi que suscite chez sa sœur le récit de sa venue au monde devient palpable et nous contamine. Solly manifeste de petits rires presque nerveux qui viennent s'étouffer dans sa gorge. Elle vient alors chercher d'une main un contact avec sa sœur, qui y répond en embrassant sa main et en lui tendant une tortue de mer en plastique. On m'explique ainsi que Solly adore les tortues et en possède toute une collection dans sa chambre. Cet animal fétiche fait écho en moi à la présentation physique de Solly qui me semble ralentie et sans âge.

Cet entretien réalisé en deux fois, m'a permis d'en savoir plus sur l'histoire de Solly et de nourrir de façon plus riche les éléments recueillis dans son dossier à la MAS.

I.1.2 ANAMNESE TIRÉE DE SON DOSSIER MEDICAL :

Benjamine d'une fratrie de trois sœurs, Solly est entrée à la Maison d'Accueil Spécialisée courant 2009. Son handicap est une déficience mentale sévère survenue des suites d'une encéphalopathie néonatale, à laquelle sont associés d'autres troubles tels qu'un risque de crises épileptiques. Cependant Solly y est peu sujette, elle n'a d'ailleurs eu qu'une seule crise dans toute sa vie et ne suit aucun traitement contre. Elle souffre aussi d'ostéoporose et présente fréquemment des douleurs dorsales.

Solly est également atteinte de la maladie de Basedow, une maladie génétique et auto-immune qu'une de ses sœurs, la cadette, présente aussi. Cette maladie touche le bon fonctionnement de la thyroïde et se manifeste par une surproduction des hormones qu'elle gère, provoquant alors une hyperthyroïdie. Elle est donc suivie régulièrement et traitée, afin d'éviter les symptômes associés : grande fatigue, perte de poids, nervosité, et même tachycardie pouvant provoquer une insuffisance cardiaque.

Cette résidente est surtout décrite par sa sœur comme une « battante ». Effectivement, son dossier mentionne une varicelle compliquée en 2002, Solly avait alors 30 ans.

Cette varicelle a provoqué une encéphalite nécessitant une hospitalisation et une mise sous perfusion. Perfusion qui lui a valu un herpès dans tout le système digestif, entraînant une importante perte de poids et une régression de ses capacités motrices selon sa sœur. Celle-ci nous confie avoir craint que Solly ne devienne « un légume » et se dit toujours très angoissée lorsque celle-ci est malade et/ou hospitalisée. D'ailleurs en 2009, Solly déclare un lymphome qui ne lui coûtera pas moins de huit chimiothérapies avant d'être complètement remise. Sa sœur en garde toutefois un souvenir moins traumatique que pour la varicelle car, à ses yeux, Solly avait perdu moins de capacités durant son cancer. A ce jour, cette résidente suit un traitement à titre préventif afin d'éviter toute rechute. L'aînée explique aussi que leur entourage proche est très présent et soutenant lorsque Solly va mal, et qu'ils se relaient tous volontiers à son chevet. Investissement qu'illustre le dossier en présentant de multiples lettres et mots de correspondance entre la famille et l'équipe soignante. On y retrouve malgré tout l'angoisse familiale liée à l'idée de voir Solly régresser dans ces capacités motrices.

I.1.3 ENTRETIEN AVEC LA FAMILLE:

Cette rencontre avec la sœur aînée de Solly ne m'a pas seulement permis d'étoffer l'anamnèse de son dossier, l'entretien s'est aussi montré riche en éléments plus subjectifs des vécus de la famille autour de l'annonce du handicap de Solly. Je vous transmets donc le récit basé sur les souvenirs et les ressentis de sa sœur aînée.

« Lèves-toi et marche »

Tout d'abord, chose non précisée dans le dossier, Solly serait née prématurément et aurait manqué d'oxygène à la naissance. Sa sœur met en cause les moyens technologiques de l'époque, insuffisant d'après elle comparé aux avancées actuelles, et non le travail des soignants. Elle nous fait le récit de ses souvenirs d'enfance sur la naissance de Solly, puisqu'elle n'était âgée que de dix ans à cette époque. Selon elle, Solly se serait « noyée dans le placenta » au moment de la naissance. Cette déclaration m'interpelle, car je ne me représente pas la réalité d'un tel fait étant donné que le bébé a les poumons emplis de liquide amniotique tout au long de son développement intra-utérin. Peut-être est-ce à mettre en lien avec un possible sentiment de culpabilité de la part de leur mère? Ou d'un fantasme né autour de l'origine du handicap de Solly?

Néanmoins, ce qui marque le plus les souvenirs de sa sœur sont les images qui lui restent d'un bébé rachitique. Elle nous raconte que Solly se nourrissait avec difficulté et qu'elle était aussi squelettique qu'un bébé d'Ethiopie. Elle se souvient des fois où, portant assistance à sa mère, elle portait Solly dans ses bras pour la lui amener. « C'était comme porter un bébé mort » dit-elle, évoquant à nouveau sa peur de voir Solly devenir « un légume ». Dans cette période périnatale, les médecins n'avaient aucun soupçon quant au handicap de Solly.

S'en suit alors le récit d'une quête vers la vérité. Impossible pour leur mère de ne pas comparer ses premiers liens avec Solly, son éveil et son développement, avec ceux vécus auprès de ses deux aînées. Elle la trouvait différente et disait sentir que quelque chose n'allait pas chez son bébé. Pourtant les médecins se montraient rassurant et affirmaient que le retard de Solly était dû à sa prématurité, qu'elle le rattraperait tôt ou tard. Cependant, peu convaincue, la mère de Solly lui fit consulter un « grand spécialiste » de l'époque. Loin des discours rassurants qui lui avait été donnés jusqu'à lors, ce « spécialiste » tint des propos alarmants quant à l'avenir de Solly et la phrase qui eut l'effet le plus traumatique pour cette mère fut : « Votre fille ne marchera jamais ». Déterminée à ne pas donner raison à ce médecin. La famille décide alors de faire marcher Solly coûte que coûte. C'est donc tenue sous les aisselles par sa mère que Solly est maintenue debout, tandis que ses sœurs, une à chaque jambe, font avancer ses pieds alternativement. Et Solly fini par marcher seule...

« La sécurité du nid »

La sœur aînée nous raconte que leur mère couvait beaucoup Solly et que les différents soignants rencontrés pointaient du doigt leur relation en la qualifiant de trop fusionnelle. Elle ajoute que Solly n'a jamais été en institution avant d'entrer à la MAS car sa mère n'avait aucune confiance envers les professionnels. Une unique tentative a pourtant été faite lorsque Solly avait 18 ans. Les parents décidèrent d'alléger leur charge en confiant leur cadette en semaine et uniquement la journée à un établissement spécialisé. Cependant, les soignants ont alors suggéré à leur mère de mettre Solly sous contraceptif pour palier à toutes éventualités. Inquiète et insurgée à l'idée qu'il puisse y avoir une quelconque « éventualité » sous leur surveillance, leur mère retira précipitamment Solly de l'institution et elle vécut chez ses parents jusqu'à son entrée en MAS.

I.2 LE SUIVI PSYCHOMOTEUR DE SOLLY :

I.2.1 DEMANDE DE L'EQUIPE ET INDICATION :

La demande d'un suivi psychomoteur est portée par un sentiment de déception de l'équipe. Physiquement et comparée aux autres résidents, Solly pourrait être plus participative dans les actes quotidiens de l'unité. Elle en a les capacités motrices, mais pourtant ne le fait pas. Nombreux d'entre eux la perçoivent alors comme quelqu'un de fainéant et semblent frustrés face à ses incapacités qu'ils interprètent comme étant de la mauvaise volonté. En effet, Solly est peu participative lors des « changes » et n'est donc pas aidante. Elle n'accepte de marcher qu'à la condition de tenir la main de quelqu'un ou sinon elle se fige, joint ses mains devant sa poitrine et s'y cramponne. Le même phénomène se produit si elle marche sur une aspérité, une pierre par exemple. Cela la désorganise et elle s'agrippe à ses mains.

L'équipe ajoute que certaines nuits Solly fouille sa protection et remplit ses oreilles, son nez et sa bouche, du coton qu'elle en tire et cela même si la protection est souillée.

Après observation du psychomotricien, l'indication en psychomotricité est posée. Pour lui, il s'agit avant tout d'une inhibition psychomotrice et d'un retrait relationnel. Il décide alors, sous prescription du médecin psychiatre, d'une prise en charge pour Solly.

I.2.2 EVOLUTION DU PROJET DE SOIN DE SOLLY D'HIER A AUJOURD'HUI:

Il est alors proposé à Solly d'intégrer le groupe piscine des Mercredi après-midi. Le projet de soin est celui d'accompagner Solly dans un portage pour améliorer sa marche et l'aider à être en relation. Avec l'idée que l'eau comme médiateur pourrait favoriser sa mise en mouvement et éventuellement amener la question de ses orifices par sa propriété contenante. Le choix du groupe piscine a aussi été favorisé du fait des goûts prononcés de Solly pour les baignades. Elle débute ainsi les soins en piscine dès Novembre 2010 et les poursuit toujours à ce jour.

Cette rentrée 2014/2015, et aux vues des récentes informations tirées de l'entretien concernant l'apprentissage de la marche par Solly, le projet de soin a été remanié sous tendu par l'hypothèse d'un possible vécu d'insécurité de Solly dans sa marche. Désormais, le travail en psychomotricité s'oriente principalement vers un accompagnement de Solly dans l'expérimentation de ses appuis, de différentes postures et de positions intermédiaires durant le soin piscine.

I.2.3 RECUEIL DES OBSERVATIONS ANTERIEURES DU SUIVI EN SOINS PISCINE :

Les premiers temps, Solly reste statique dans le bassin de la piscine et n'ose pas avancer dans l'eau si personne ne lui tient la main. Elle peut alors se figer et tendre sa main vers quelqu'un en l'ouvrant et la fermant comme dans un appel silencieux vers celui-ci. En absence de réponse, Solly se tient à ses mains jointes devant son buste, immobile, dans ce qui s'apparente à un agrippement. Une fois tenue, elle se laisse guider par son accompagnant dans l'eau, mais semble peu en relation. Solly ne s'intéresse pas aux autres baigneurs de la piscine et reste centrée sur elle-même.

Au fil des séances, Solly initie plus de mouvements, bien que toujours tenue, et montre son plaisir à être dans l'eau. Elle semble moins centrée sur elle-même, plus en relation avec son binôme, mais ne s'intéresse pas aux autres baigneurs. Toutefois, Solly se tient toujours à ses mains une fois « lâchée » et cela malgré les différentes tentatives des accompagnants pour transformer cet agrippement en jeu. De plus, à aucun moment Solly n'a joué la question des orifices durant les soins piscines.

II. VIGNETTES CLINIQUES & LIENS THEORIQUES:

Comme décrit en amont, le soin piscine est un soin qui accueille trois duos constitués d'un accompagnant et d'un résident. Chaque résident du soin piscine est suivi par plusieurs accompagnants (3 maximums) qui se relaient en fonction de leur disponibilité et de leur planning. Pour ma part, je suis de manière alternative Solly et une autre résidente dans ce dispositif. Ainsi, une partie des séances de Solly sont réalisées par l'un ou l'autre des deux accompagnants de son unité volontaires pour son suivi. Je croiserais donc mes propres observations, avec celles faites par les accompagnants durant les séances.

Pour se rendre au soin piscine, je vais chercher Solly sur son unité à 14H45 pour que nous rejoignons les autres dans le car à 15H. Le temps de soin se déroule de 15H30 jusqu'à 16H30, pour un retour à la MAS à 17H.

II.1 « VIENS TE TENIR A MOI » :

« Sur l'unité »

Dès les premières séances, Solly montre son besoin de se tenir à moi en empoignant mon bras ou ma main pour se déplacer. Lorsque je vais la chercher sur son unité, elle ne se lève pas du canapé si je ne réponds pas à cette demande.

Toutefois elle semble avoir bien compris où nous allons quand je le lui annonce, et montre son désir de venir en soin piscine en souriant et en tendant ses mains vers moi. Je l'aide donc à se lever, à enfiler son manteau, je mets son sac sur mon épaule et nous quittons l'unité pour emprunter les couloirs. En position debout, Solly se tient voûtée. Elle a les pieds positionnés comme une danseuse (varus important) et reste en appui sur le bord interne du pied. Ses genoux sont rapprochés et ses bras restent ballants le long du corps. Dans les couloirs, Solly s'agrippe à ma main et je ressens beaucoup de force dans sa prise. Elle avance doucement un pied après l'autre d'un pas lourd. Ses jambes sont toniques, raides, et ses genoux se plient peu. Nous prenons de longues minutes pour rejoindre les autres résidents et accompagnants à l'extérieur.

Cette démarche sans souplesse me renvoie à l'entretien passé avec la tutrice de Solly. Quand je repense à la manière dont cette résidente a appris à marcher au sein de sa famille, je m'interroge sur ses possibles vécus à cette époque-là. Nous savons l'importance pour le bébé d'expérimenter ses appuis au travers de l'exploration de différentes positions intermédiaires avant d'arriver à la station debout. D'ailleurs, O.Grimm aborde la symbolique sociale existant autour de l'axe corporel. Il explique qu'un des objectifs de la thérapie psychomotrice, auprès des enfants handicapés, est de les aider à passer d'une position horizontale à une position verticale en s'appuyant sur les niveaux d'évolution motrice (NEM)¹. De là, il fait le lien avec le *pater familias* romain qui dit que « soulever l'enfant placé en position horizontale, afin de l'amener suivant son axe corporel, serait comme passer d'une naissance naturelle de l'enfant, qui se fait dans l'horizontalité, à une naissance sociale qui s'acquiert dans la verticalité. La posture verticale de l'homme, pourtant éminemment naturelle, serait donc lourdement chargée sur le plan culturel »².

L'hypothèse serait donc que l'Homme, pour entrer dans la sphère sociale, se devrait de s'ériger dans sa verticalité. Ce qui pourrait nous aider à penser le désir de la famille de Solly à l'idée de la voir marcher, mais aussi leurs craintes répétées face à la maladie et l'hospitalisation, la peur qu'elle ne devienne un « légume ». Allant peut-être jusqu'à nous faire fantasmer que Solly, en perdant la marche, pourrait perdre son humanité.

¹ NEM : correspondent aux positions intermédiaires adoptées par l'enfant pour passer du décubitus ventral à la posture verticale. (Ex : Le quatre pattes).

² GRIMM, O.-R. (2000), *Du monstre à l'enfant, anthropologie et psychanalyse de l'infirmité*, p. 60

Cette façon d'apprendre la marche n'ayant probablement pas permis à Solly d'expérimenter les différents NEM, nous interroge sur l'appropriation qu'elle s'est faite de ce déplacement et son instrumentation du corps. Cette tonicité semble alors traduire une possible persistance d'angoisse de chute, voire d'effondrement chez cette résidente.

Une fois dans le car, le psychomotricien propose à chaque duo un temps de reprise des séances précédentes et des pistes possibles pour la séance à venir. Solly est assise dans l'un des sièges chevilles croisées et mains jointes. Comme nous sommes chacune d'un côté de « l'allée centrale », elle tend parfois sa main de côté vers moi en l'ouvrant et la fermant tandis que le psychomotricien parle. Je la serre un instant avant qu'elle ne la retire. Elle me regarde en coin, en évitant scrupuleusement tous regards directs.

Ces regards en coins et cette main tendue de côté m'interpellent et me renvoie à ce que Bullinger définit comme une *instrumentation différente*. Il parle d'enfants qui investissent préférentiellement la sphère périphérique au détriment des fonctions focales. Ce qui dessert, selon lui, la mise en place des représentations spatiales chez le sujet. Est-ce le cas de Solly ?

Je remarque que lorsque je me penche vers elle pour boucler sa ceinture, elle trouve toujours le moyen de récupérer un de mes longs cheveux sur mon manteau. Solly a un œil de lynx pour les repérer. Son plaisir est de faire glisser ce cheveu entre l'annulaire et l'auriculaire d'une main grâce à l'autre. Quand le véhicule démarre, je ne la sens pas à l'aise, sa posture se rassemble un peu plus et son regard reste tourné vers elle-même. Les déséquilibres provoqués par la route dans le car semblent la mettre à mal et pourraient confirmer l'hypothèse d'une angoisse de chute chez cette résidente.

En accord avec l'hypothèse d'une difficile mise en place des représentations spatiales chez cette résidente, j'ajoute ici ce que Bullinger décrit comme un regard qui ne soutiendrait pas le projet spatial du sujet. Il explique que certains sujets sont incapables d'orienter leur regard en fonction de leur action dans l'espace, mais, néanmoins, ceux-ci peuvent nous surprendre « *en détectant un oiseau très loin dans le ciel ou le plus petit défaut d'une feuille* »¹. Ce qui m'évoque cette capacité que Solly a de détecter le moindre fil, ou cheveux, où qu'il soit.

¹ BULLINGER, A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p. 56

D'ailleurs, elle utilise cette activité de glisser le fil entre ses doigts lorsqu'elle est assise. Est-ce un geste purement occupationnel ou une recherche de sensations de sa part ? Au-delà de l'occupationnel, il est aussi possible que Solly cherche à maintenir son sentiment de continuité d'existence à travers les sensations que lui procurent ce geste.

« *Dans le vestiaire* »

Une fois en cabine, Solly se laisse changer sans poser de soucis, bien que je mette un certain temps à l'aider. Pour enlever ou enfiler un haut elle est participative, elle lève ou tend les bras, plie un coude, etc. Pour le bas cela est moins évident pour elle. Elle décolle à peine les pieds du sol, ce qui n'est pas pratique. Il semble difficile pour elle de quitter ses appuis pour s'asseoir ou se lever du petit banc, afin que j'enlève ses chaussures. Impossible pour moi de retirer son pantalon assise car elle ne soulève pas son bassin du banc et se cramponne à moi. Une fois relevée et lorsque je me penche pour l'aider à retirer son pantalon, Solly se tient beaucoup à mon dos avec ses mains. De la même manière, je retire sa protection et l'aide à enfiler son maillot de bain. Pendant que je me change à mon tour, elle attend debout à mes côtés en reprenant son agrippement à ses mains.

Dans la cabine l'espace est très limité et je trouve difficile, pour rouvrir les portes, de déplacer Solly que je sens insécure dans ses appuis. Une commande verbale ne suffit pas, je dois lui tendre les mains pour l'inviter à aller dans un coin de la cabine, tandis que je me glisse au-devant de la porte pour l'ouvrir. Mes bras sont chargés de sacs, d'affaires et de serviettes. Solly ne m'aide pas à porter ses affaires. C'est-à-dire qu'elle retire son sac à dos de son dos, quand je lui mets, et ne prend aucun vêtements dans ses mains, car elle est trop occupée à les serrer l'une contre l'autre.

Nous pourrions ici souligner la phrase de E.Pireyre disant que : « *Les angoisses de chute s'observent en premier dans les agrippements* » et que l'« *on voit souvent les tout-petits s'accrocher de tout leur être* »¹. Cette phrase nous renvoie à celui adopté par Solly, qui semble s'accrocher à ses propres mains.

Une fois au dehors de la cabine, je sens Solly angoissée lorsqu'elle marche sur le sol carrelé et humide des vestiaires, en me tenant le coude. Les casiers sont loin et mes mains sont chargées. Je ne peux donc pas tenir celle de Solly pour marcher jusqu'à eux.

¹ PIREYRE, E., (2011), *Clinique de l'image du corps*, p. 143

Néanmoins, je ne me sens pas capable de la laisser seule sur place le temps de poser les affaires dans notre casier, ni même de laisser une partie de nos affaires sans surveillance pendant un premier voyage. Partagée entre la crainte de voir Solly tomber et celle de perdre nos affaires, c'est agacée que je me retrouve chargée sous une pile de sacs tout en tenant tant bien que mal la main de Solly. Je comprends alors mieux le sentiment de l'équipe soignante qui la qualifie de fainéante. Puisque trop occupée à se « tenir », Solly n'est pas aidante et nous met dans des situations impossibles et irritantes.

Pourtant cette crainte de voir Solly chuter n'est pas réellement justifiée. Solly peut tenir en équilibre sur ses deux pieds sans chuter. Concrètement, je pourrais la laisser seule devant la cabine le temps de poser nos affaires. Cependant je ne m'y autorise pas à ce moment-là. Cela me rappelle les propos de Bullinger qui dit que « *cette communication où le corps de l'autre ressent immédiatement notre propre état est le premier mode d'échange avec le milieu humain* »¹. Evoquant alors la notion de *dialogue tonique* décrite par Ajuriaguerra. C'est ainsi que je peux supposer que voir Solly se tenir à ses mains dans cet agrippement, ses jambes tendues et rigides, m'ait fait me sentir moi-même bancale. Expliquant, il me semble, le fait que je m'affaire autour d'elle et reste préoccupée par l'idée de ne pas la lâcher, de toujours la tenir. Ce qui m'interroge sur le transfert que me fait vivre cette relation avec cette résidente et me conforte dans ma première hypothèse, concernant la persistance d'angoisse de chute et/ou d'effondrement chez elle. En effet, à l'égal de ce que nous appelions en amont *l'homologie fonctionnelle*, il est possible qu'à cet instant Solly m'ait « contaminée » de manière inconsciente par ses propres vécus d'angoisses.

Ce qui met l'accent sur l'importance, dans notre profession, de rester à l'écoute de nos propres ressentis pour être au plus juste dans les soins apportés aux patients.

« À l'eau ! »

Avant de pénétrer dans la piscine, nous passons un sas où se trouvent les douches. Pour y accéder, je me place face à Solly et lui tiens les avants bras en marchant. Elle se cramponne à mes bras et il me semble qu'elle est inquiète à cause du sol glissant. Solly n'apprécie pas les éclaboussures de l'eau et ferme les yeux en prévention lorsque j'enclenche la douchette.

¹ BULLINGER, A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p. 156

Je me place alors devant elle pour la protéger des projections d'eau et je lui passe de l'eau sur le corps avec mes mains. Même si je vois qu'elle n'apprécie pas trop, je nous y contrais, car je sais que par la suite l'eau du bassin nous paraîtra plus chaude et que ce sera plus évident de pénétrer dedans.

C'est ainsi que je m'aperçois que je suis focalisée sur Solly, allant jusqu'à faire un bouclier de mon corps pour la protéger des éclaboussures de la douche et, plus tard, de celles des enfants dans le bassin. Je réalise que j'occulte tout ce qui se passe autour de nous durant les séances et que je reste très proche d'elle corporellement. Suis-je en train de reproduire le type de comportement adopté par sa mère et décrit par sa sœur durant l'entretien? Dans une sorte de relation duelle, avec le fantasme d'être « *nous contre le monde entier* » ? Cela me semble s'apparenter à ce que S. Korff-Sausse décrit comme une *identification massive*, lorsqu'elle parle de *cicatrices intérieures*. Peut-être que Solly symbolise dans ce cas une partie blessée de moi-même et devient alors la résidente à sauver.

Une fois sortie des douches nous nous dirigeons vers le bassin de la piscine. C'est un bassin plutôt grand, mais au plus profond Solly et moi avons toujours pieds. La piscine est très lumineuse car les murs sont vitrés. Il y a une rambarde pour descendre dans un coin du bassin, mais pas de marches. En effet, à cet endroit l'eau n'excède pas les trente centimètres de profondeur. Arrivée à cet angle, j'entre dans l'eau, me place face à Solly et tiens ses deux coudes fermement. Je recule dans le bassin en la tirant doucement vers moi. Solly se cramponne à mes bras et descend la marche d'un pas lourd. Nous sommes encore très proches corporellement et je l'invite rapidement à rejoindre les eaux plus profondes pour travailler dans l'apesanteur que fait vivre l'eau. Pour cette première séance je tâtonne un peu et m'essaye à plusieurs propositions. Je lui fais sentir les grilles qui propulsent de l'eau dans le fond du bassin, mais Solly n'y prête pas attention en marchant dessus.

Je fais onduler l'eau autour de ses jambes, mais Solly ne réagit pas à cela non plus. Je décide alors de lui masser directement les jambes sous l'eau. Là, je réalise à quel point elles sont hypertoniques même avec le portage de l'eau. Les muscles de ses cuisses sont durs et raides. D'ailleurs, Solly quitte difficilement ses appuis et plie très peu les genoux lorsqu'elle avance dans l'eau. Toujours face à elle, je profite du portage de l'eau pour la tirer par les mains rapidement vers moi tout en reculant. Solly sourit, j'ai le sentiment que la vitesse dans l'eau lui plaît. Je joue donc sur ce filon un moment.

Elle finit par prendre confiance dans l'apesanteur de l'eau et marche sur la pointe des pieds en quittant ses appuis plus facilement. C'est le moment que je choisis pour stopper ce jeu de vitesse et faire une autre proposition. Je tire une main, puis l'autre en alternance, pour lui donner un rythme et lui faire sentir des coordinations croisées entre son bassin et sa ceinture scapulaire. Puis je finis par lâcher ses mains et poser les miennes sur son bassin. De la même manière, j'initie un rythme, droite/gauche, et tente de lui faire sentir les mouvements de rotations de son bassin lorsqu'elle se déplace dans l'eau. Je continue ce mouvement droite/gauche tout en me reculant pour la faire avancer. Solly semble s'en saisir car elle ne cherche pas à reprendre son agrippement en pressant ses mains ou en cherchant les miennes. Ces bras restent passifs, flottant dans l'eau.

A cet instant, j'ai le sentiment que tenir le bassin de Solly l'aide à lâcher son agrippement et à la sécuriser. Je la sens plus détendue et plus présente dans la relation. D'ailleurs, A. Bullinger explique que lors du développement, l'étape de la maîtrise du corps, c'est-à-dire les coordinations entre le bas et le haut du corps, passe par l'investissement du bassin et des rotations. C'est pour cela que j'ai orienté le travail des trois premières séances de piscine dans l'idée d'inviter Solly à investir son bassin, à l'instrumenter d'une manière différente.

« La Lambada »

Sans que je le lui propose, je sens Solly décoller ses pieds du sol et plier ses genoux. Instinctivement et par peur de la voir couler, je me colle à elle. Elle vient alors enrouler ses jambes autour de mon propre bassin. Je la porte donc dans mes bras en plaquant la paume de mes mains sur ses reins pour la tenir bien droite. Je décide de bouger mon bassin de droite à gauche en suivant un rythme doux. Le bassin de Solly suit donc passivement mon mouvement. Je lui dis en riant que nous dansons une lambada toutes les deux.

En parallèle, je garde mes mains sur ses reins et fais des pressions du bout de mes doigts sur sa colonne pour la lui faire sentir. Solly se tient droite.

A chaque mouvement que j'imprime à son bassin, elle ajuste le positionnement de sa colonne pour rester en équilibre. Je me dis alors que cela pourrait être un moyen de lui faire sentir son assise et ses appuis dans son bassin. De son côté, Solly semble confiante, elle est détendue, sourit légèrement et se laisse porter sans chercher à se tenir à moi. Elle appuie son dos de tout son poids sur mes mains et laisse ses bras flotter de chaque côté de son buste. Dans ce portage, elle est centrée sur moi et sur ses sensations. Elle regarde peu autour de nous et, même si elle me regarde de biais, son regard est dirigé vers moi.

Dans ce portage, il me semble que je deviens les jambes de substitution de Solly. Une paire de jambes qui lui permet d'explorer les différents endroits de la piscine sans être prise dans une angoisse de chute.

Cette première expérience de portage avec Solly me rappelle celui, très présent, de sa famille. Ce qui peut nous interroger sur les ressentis de Solly lorsqu'elle a quitté l'enveloppe familiale pour intégrer celle de l'institution qui, bien qu'étayante, ne fournit pas un portage de même nature. Mon maître de stage et moi décidons alors de permettre à Solly d'expérimenter ce portage et cette promiscuité, tout en conservant l'idée de l'inviter à sentir ses appuis.

De mon côté, j'ai désormais à l'esprit les appuis que peut fournir le milieu humain décrit par Bullinger. D'ailleurs, celui-ci explique que « *l'appui sur le milieu humain peut être excessif* » et qu'il faut le « *concevoir comme un « trampoline » à partir duquel la personne peut se récupérer et rebondir, plutôt que comme un refuge que l'on a de plus en plus de peine à quitter* »¹. Ainsi aujourd'hui, l'objectif des séances s'est tourné vers celui d'ouvrir Solly à la découverte de ses appuis en elle. Certes en passant par le biais des miens, mais avec l'intention de ne pas la rendre uniquement dépendante de mes appuis. Mon aspiration serait donc d'aider Solly à quitter son inhibition motrice en lui permettant de retrouver progressivement sa place de sujet. Qu'elle soit actrice dans l'instrumentation de ses appuis, pour l'aider à habiter son corps.

Ainsi, sur les deux séances suivantes, je décide d'apporter une variante à ce portage. Pied gauche au sol, je plie ma jambe droite et assoie Solly sur ma cuisse en passant mon bras droit autour de sa taille. Elle reste détendue, souriante, et je passe son bras gauche autour de mon cou. Là je commence à faire bouger ma cuisse pour la mettre en déséquilibre, ce qui pousse Solly à réajuster son buste en fonction de mes mouvements pour maintenir son équilibre. De cette façon, je poursuis mon idée de lui faire sentir l'appui de son bassin et l'axe de sa colonne. Puisque Solly palie à ces déséquilibres par un ajustement fin de son bassin et de son buste. Solly regarde l'eau, ses jambes, me regarde, produit de petits rires étouffés. Je la tiens bien et la laisse se tenir à moi en retour, mais sa prise n'est pas ferme, elle me paraît tranquille. Désormais je m'imagine mieux la Solly décrite par sa sœur comme aimant beaucoup le milieu aquatique.

¹ BULLINGER, A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p. 157

« Course folle »

Solly revient mettre ses jambes autour de mes hanches et se laisse porter. Comme j'ai le sentiment qu'elle s'abandonne à ce portage et qu'elle en devient passive.

Je l'invite à se remettre debout dans l'eau, face à moi. Là je me recule de trois pas d'elle et l'appelle en lui tendant les bras. Solly reprend son agrippement et baisse son regard vers l'eau. Elle serre très fort ses mains et ne vient pas vers moi.

Alors, pour qu'elle lâche cet agrippement, je viens lui prendre les mains et je recule jusqu'à ce que seulement l'extrémité de nos doigts reste en contact. J'appelle Solly en souriant et en reculant. Elle vient vers moi en essayant de se tenir à mes mains qui reculent toujours et ne gardent qu'un léger contact du bout des doigts. Le visage fermé de Solly et son regard toujours de biais, me donnent le sentiment que ce jeu l'énerve. Je lui dis en faisant mine d'être ronchon : « *Oh mais qu'elles sont agaçantes ses mains qui n'en finissent plus de reculer. On ne peut jamais les attraper !* ». Au bout de quelques pas rapides, je la laisse se saisir de mes mains et venir dans mes bras. Solly se colle à moi et enserme à nouveau mes hanches de ses jambes. Alors, je me mets à nous faire tourner vite sur nous-même en faisant un bruitage : « *Wvouuuuuuh !* ». Solly éclate de rire. A nouveau, je la décolle de moi lentement. Je recule de trois pas, mais cette fois-ci en adoptant directement ce léger contact de mes doigts sous les siens. Pulpe contre pulpe, je l'appelle à nouveau et l'invite à venir vers moi en théâtralisant l'échange. Grâce à ce contact, même léger, Solly s'autorise à faire seule les pas qui nous séparent. De retour dans mes bras, je la fais tourner encore et elle rit de plus belle. Ces sensations vestibulaires semblent lui plaire. Je reproduis cette situation à plusieurs reprises. Solly vient plus facilement vers moi, même si le contact de mes doigts avec les siens est de plus en plus léger. Elle semble savoir qu'une fois dans mes bras je la ferai tourner et c'est peut-être ce qui la motive.

Cela n'est pas sans rappeler le rôle de miroir joué par le milieu humain qui permet de donner du sens aux expériences vécues. C'est ce que Winnicott exprime en parlant du visage de la mère : « *ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit* »¹. Avec la phrase que je dis à Solly, je cherche à donner du sens à ce qu'elle exprime son visage à mes yeux.

¹ WINNICOTT, D.W., (1971), *Jeu et Réalité*, p. 203

Dans cette situation, j'essaie de proposer à Solly une expérience qui lui permette d'expérimenter un moment de marche plus sécurisée dans l'apesanteur de l'eau. Je tente aussi de lui offrir un appui physique, mais surtout psychique tout au long de l'expérience. En effet, le simple contact de nos doigts devient ici un appui suffisant pour dépasser un moment son angoisse. De plus, la dimension émotionnelle est une composante essentielle dans le travail d'appropriation. Les rires partagés font partie de cette dimension. Nous pouvons ajouter à cela le portage fourni par le groupe lui-même, qui joue lui aussi un rôle de miroir. Il me semble que ce dispositif groupal recrée une enveloppe et des appuis proches de ceux fournis par la famille de Solly. Il est possible ce groupe lui offre une sécurité suffisante pour qu'ici, durant ce temps de soin piscine, elle s'autorise à quitter son agrippement et à expérimenter plus tranquillement. Ce qui pourrait alors expliquer le fait que Solly ne transpose pas ses progrès, réalisés en soin, dans son quotidien sur l'unité.

Pour revenir à la situation proposée, Bullinger ajoute que le système vestibulaire, sensible au flux générés par la pesanteur, est également sensible aux accélérations produites par les mouvements. Ce qui fait écho à nos tournoisements. Il dit que « *ces signaux accompagnent tous les mouvements et constituent la principale source de co-variation utile aux activités représentatives* »¹. Ce type de situations peut donc aider Solly à mieux se représenter son corps et à moduler son image du corps en fonction de ces nouvelles expériences. Mon hypothèse de travail serait alors d'aider Solly à modifier ses représentations corporelles afin qu'elle puisse y trouver les appuis nécessaires pour maintenir son sentiment de continuité d'existence et ne plus être ainsi dépassée par des angoisses archaïques. Pour ce faire, je lui propose mes appuis, l'appui sur le milieu humain avec tout l'aspect émotionnel qui en découle. Sachant que « *la place de l'émotion dans les premières constructions représentatives est cruciales, assurant le passage entre sensations suscitées par l'échange et les représentations élaborées par l'activité psychique* » (Bullinger 2004).

¹ BULLINGER, A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p. 54

II.2 APPUIS SUR L'ENVIRONNEMENT :

Rapidement, j'ai pu constater des changements dans la quête d'appuis et de sécurité de Solly. Dès la troisième séance, elle a pu commencer à diversifier sa quête d'appuis en s'ouvrant sur l'extérieur. C'est à dire en conservant ceux fournis par le milieu humain, moi et les accompagnants, et en cherchant ceux fournis par l'environnement, parois, murs, etc.

« De l'unité à la piscine »

Lorsque je vais la chercher sur son unité, Solly est toujours dans le canapé de la grande salle à m'attendre avec ses affaires. Depuis peu, elle se lève d'elle-même du canapé en prenant appui sur l'assise avec ses mains. Elle attend tout de même que je lui tiens une main pour marcher. Dans les couloirs sa marche est plus souple, plus légère et un brin plus rapide. Solly plie un peu ses genoux et ses jambes sont moins toniques. Sa prise dans ma main est moins ferme et je la ressens plus tranquille dans ses appuis. Durant les temps de change, Solly se tient d'elle-même aux parois de la cabine. Lorsque je lui enlève le pantalon, elle plie mieux ses genoux et lève ses jambes plus hautes. Comme elle ne cherche plus à se tenir de tout son poids sur mon dos, ce temps est moins fatiguant pour moi. Désormais, lorsque je le lui demande, elle se décale seule dans la cabine pour que je puisse sortir, sans que je doive lui proposer l'appui de ma main.

Je me sens moi-même plus tranquille et m'autorise enfin à la laisser seule le temps de poser nos affaires dans le casier. En effet, cette perspective ne m'angoisse plus, car je la sens plus sécurisée dans ses appuis bien qu'elle se tienne encore à mes mains pour marcher.

L'absence d'inquiétude de ma part à l'idée de la lâcher, m'amène à penser que l'angoisse présentée jusque-là par Solly serait en train de s'apaiser. Il est possible qu'avec le soin piscine, Solly soit en train de se constituer des représentations sensori-motrices. Ces représentations lui permettant d'apaiser son angoisse, puisqu'elles sont vectrices d'un sentiment de continuité d'existence.

Pour aller jusqu'aux douches, je peux marcher à côté d'elle et ce malgré le fait que l'on soit sur un sol glissant. Jusqu'à présent je devais rester face à elle et lui tenir fermement les mains. Là, elle se tient à mon bras de façon plus tranquille et son pas est moins lourd.

Pour descendre dans l'eau du bassin, elle cherche avec sa main droite à prendre appui sur la rambarde. Je reste tout de même à côté d'elle en lui tenant l'autre bras.

Je suis surprise par cette initiative que Solly prend d'elle-même, car je ne lui ai pas montré au préalable, et je cherche à prendre le psychomotricien comme témoin. Comme je ne suis plus face à elle pour cette entrée dans l'eau, Solly semble appréhender la profondeur de la marche. Elle se tient bien à ma main et à la rambarde, mais il reste difficile pour elle de quitter l'appui d'une de ses jambes pour la descendre dans l'eau. Elle fait non de la tête, refuse de lâcher la rambarde pour venir tenir mes deux mains et ne passe pas le cap. Dans ce cas-là, je me propose d'enlacer son bassin de mon bras droit pour la sécuriser et l'aider à descendre. Solly finit ainsi par obtempérer et entrer dans le bassin.

Cela m'interroge sur les ressentis de Solly à l'idée de quitter l'appui d'un pied pour descendre dans le bassin. Son angoisse de chute referait probablement surface à ce moment-là. Ce pied va-t-il trouver un fond au bassin ou pourrait-elle sombrer dans une chute sans fin ? Que se représente Solly à cet instant-là de son corps dans l'espace ?

« *La stabilisation des représentations interviendra lorsque sera pris en compte non seulement le geste, mais aussi l'effet spatial de ce geste* »¹ (Bullinger 2004). Nous pouvons alors supputer un début de stabilisation des représentations corporelles de Solly. En effet, elle semble dans une *inquiétude de l'effet spatial de son geste* et plus uniquement dans la prise en compte du geste.

« Dans l'eau »

C'est Solly qui me guide, en tenant ma main tout en marchant, vers les eaux plus profondes dorénavant. Elle tient ma main sans y mettre de pression et marche à côté de moi en levant très haut les genoux, trop haut même, dans une démarche exagérée. Solly réalise beaucoup de balades de ce genre dans l'eau avec les autres accompagnants qui la suivent. Elle marche dans toute la longueur de la piscine en pliant bien haut ses genoux avec beaucoup de souplesse. Les accompagnants et moi disons qu'elle fait la « *danseuse* ».

La *tortue* laisse place à la *danseuse*, une figure plus humaine et plus positive. En cela, nous sommes en train de délaissier la *figure du monstre* initiale. Ce qui peut être une preuve supplémentaire de ses progrès d'instrumentation de son corps. Il me semble qu'en habitant mieux son corps, Solly nous renvoie une image plus humaine d'elle-même.

¹ BULLINGER, A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p. 143

Solly ne cherche plus systématiquement à ce que je la porte dans mes bras et nous pouvons explorer tout l'espace de la piscine ensemble. Parfois, elle me guide jusqu'à la sortie du grand toboggan et nous regardons les enfants arriver dans l'eau avec fracas. Cela la fait rire et elle ne semble plus embêter par les éclaboussures. Je remarque que je n'ai plus le sentiment d'être dans une bulle avec Solly. Elle s'intéresse beaucoup plus aux gens qui nous entourent dans la piscine et les observe. Je suis moi-même moins face à elle, plus à ses côtés et moins centré sur elle.

Solly me semble passer d'une façon d'être en relation centrée, duelle, à une ouverture au monde. De plus, le fait d'observer ces enfants «*chuter*» dans l'eau me semble pouvoir être pour elle une autre façon de questionner une possible angoisse de chute. Comme l'explique E.Pireyre en racontant ces sujets autistes «*qui peuvent regarder sans fin le cerceau tournoyer et tomber lentement*»¹.

D'ailleurs, sa réaction face aux éclaboussures de l'eau m'interpelle. Il est possible que son évitement initial des éclaboussures, montrait jusque-là une angoisse liée à l'enveloppe corporelle et la peur d'une *intrusion*. Peut-être est-ce pour cela que je ressentais, avant, le besoin de faire barrière de mon corps ? Il semble alors que cette angoisse se soit mise au travail durant le soin et apaisée par les représentations corporelles de Solly, moins évanescentes. Cependant, à ce stade de la prise en charge, je laisse de côté cette hypothèse d'une enveloppe «*poreuse*» et privilégie le travail autour des appuis de Solly.

Débute alors des temps en eau peu profonde. Je propose à Solly d'aller près du bord. Joignant le geste à la parole, je l'entraîne là où l'eau nous arrive aux genoux. Je l'y assoie fesses au fond, genoux pliés et pieds au sol. Je l'invite à s'adosser au muret et me positionne face à elle, assise, en mettant une jambe de chaque côté de son corps. Ainsi, bien encadrée de mes jambes, je lui propose une sorte de tiré/assis. J'attire ses mains vers moi et Solly pousse sur ses pieds pour se redresser légèrement. J'essaie de lui faire sentir les différents points d'équilibres et de déséquilibres, mais aussi les appuis qu'elle peut trouver en contact avec le sol. Je varie en lui proposant par la suite un «*bateau sur l'eau*», pour lui faire sentir ses appuis en la déséquilibrant d'une fesse sur l'autre.

¹ PIREYRE, E., (2011), *Clinique de l'image du corps*, p. 144

Je remarque ainsi que Solly n'a pas de réflexe parachute. Quand elle se sent chuter d'un côté ou de l'autre, elle ne place pas ses mains en prévention sur les côtés.

Par contre, elle se cramponne à mes mains, où les lâche et serre les siennes à nouveau l'une contre l'autre devant son buste.

D'ailleurs, l'entourage et l'équipe l'avaient déjà mentionné, chaque fois que Solly chute, elle tombe de tout son long sans chercher à freiner sa chute, ni se relever. Ce qui argumente l'hypothèse d'une persistance d'angoisse de chute chez elle. On voit ici en quoi les conditions d'apprentissage de la marche par Solly n'étaient pas propices à l'émergence d'un sentiment sécurisé en elle, ni à l'appropriation de la station debout et de ce déplacement.

Par contre, à ma grande surprise, je remarque ce jour-là que si je tire plus fortement ses mains à moi, elle se relève seule dans l'eau en passant pas un chevalier servant. Je lui propose alors de s'asseoir à nouveau dans l'eau, de se tourner face au muret et de prendre appui de ses deux mains sur le rebord du bassin en étant à genoux. J'espère ainsi lui faire sentir le poids de son corps sur ses jambes, lui montrer qu'elle peut se relever seule du sol. Puisqu'en effet, dans l'eau peu profonde, Solly ne bénéficie pas de la propriété antigravitaire de l'eau. Nous nous retrouvons alors à genoux, côte à côte, les mains posées sur le rebord de la piscine. Je m'amuse à bousculer un peu ses hanches avec mon bassin. En réponse, elle se décale de quelques centimètres et nous nous déplaçons ainsi, à genoux, le long du bord.

Dans cette situation, je souhaite faire expérimenter à Solly des appuis variés, mais je l'invite aussi à se relever en partant du sol.

J'espère ainsi lui permettre d'expérimenter la *dureté* du sol et la *butée* qu'il pourrait symboliser dans cette *chute infinie* qu'est l'angoisse de chute.

Dans les séances qui suivirent, avec ses autres accompagnants, Solly reproduisit ses passages d'assise à genoux et ces relevés en chevalier servant. Ils racontent qu'elle n'hésite pas à prendre appui d'elle-même sur le sol, ou sur les rebords du bassin, sans attendre qu'ils le lui montrent ou le lui proposent. De plus, Solly prend plus facilement appui sur l'extérieur et demande moins à être portée et tenue dans l'eau. Les autres accompagnants remarquent ses progrès et prennent encore plus de plaisir à la suivre dans ce dispositif.

Pour moi, le fait d'avoir expérimenté ses propres appuis en appui sur l'*autre*, aura permis à Solly de chercher seule des appuis sur l'extérieur.

Les différentes situations proposées et réalisées en séances, peuvent possiblement l'avoir amenée à être moins désorganisée par ces angoisses archaïques.

Ces séances semblent avoir été favorables à une meilleure instrumentation de son bassin, de ses appuis et de son corps. Il est alors possible que cette modification d'instrumentation soit à l'origine de cette baisse des angoisses présentées par Solly.

Les nombreux progrès de Solly réalisés en si peu de séances nous ont tous surpris. En effet, dès la troisième séance Solly commençait à chercher des appuis sur l'extérieur. Pour ma part mes sentiments étaient partagés entre, une situation presque miraculeuse, avec l'impression d'être arrivée par hasard au bon endroit et au bon moment, et un sentiment proche d'une pensée magique, avec la sensation troublante d'être à l'origine de ces changements soudains. Quoi qu'il en soit, l'objectif que je me suis fixée par la suite, fut d'essayer d'aider Solly à trouver des appuis en elle.

II.3 DES APPUIS INTERNES :

Cet objectif étant approuvé par mon maître de stage, les séances suivantes se décrivent d'une autre manière. C'est-à-dire qu'après un certain temps passé en eau profonde, nous proposons systématiquement un moment au bord du bassin en eau peu profonde. L'idée de ce temps de travail est de proposer à Solly d'expérimenter ses appuis sans être aidée de l'apesanteur de l'eau. De sentir son poids, avec l'espoir qu'elle puisse transposer ses expérimentations dans l'eau du soin piscine sur le sol ferme de son quotidien.

En effet, bien que sa marche soit plus souple et plus légère, Solly s'autorise pas, ou peu, de déplacements seule sur son unité. En dehors de l'eau, son insécurité dans la marche persiste.

« Saut d'obstacle dans la cabine »

Au fil des séances qui ont suivi j'ai pu observer de nouveaux changements chez Solly. Notamment lors des temps de change en cabine. Une fois, alors que je cherchais à retirer son pantalon, Solly a pu décoller son pied du sol sans prendre appui sur l'extérieur, c'est-à-dire ni sur moi ni sur les parois. Cependant, cet appui unipodal n'a duré qu'un court instant car elle s'est vite trouvée déséquilibrée. Un autre jour, alors que ses chaussures entravaient son chemin pour sortir de la cabine.

Solly s'est tenue à une des parois et les a enjambés. J'ai été très surprise car jusqu'ici, même lorsqu'elle prenait un appui extérieur, elle ne levait jamais les jambes aussi haut hors de l'eau. Surtout que je garde en tête qu'avant la rentrée, et selon les dires de l'équipe, Solly se figeait devant le moindre obstacle ou aspérité du terrain. Si elle marchait sur un caillou, elle ne bougeait plus et reprenait son agrippement. De plus, j'étais dans son dos à ce moment-là, et ne lui offrait donc aucun appui, ni aucune aide particulière.

Bullinger explique que chez le sujet présentant un défaut de maîtrise du corps, « *Lors de la marche, il n'y a pas de déroulement du pas et il existe une absence d'ajustement aux propriétés du terrain. Tout se passe comme si les signaux issus des membres inférieurs étaient ignorés, rendant impossible un ajustement tonique, postural et praxique du bas du corps* »¹. Dans ce cas-là, je ne pense pas que Solly ignorait les informations issues de ses membres inférieurs. Au contraire, je pense que ces informations étaient à l'origine de la réactivation de son angoisse de chute à ce moment-là. Néanmoins, elle présentait bien une absence d'ajustement aux propriétés du terrain. En effet, il me semble que Solly ne supportait aucuns changements proprioceptifs et que ces changements ranimaient son angoisse. De ce fait, il me semble que nous pouvons parler d'une *non-maîtrise du corps* pour Solly. Or, la maîtrise des différentes étapes correspond également à l'instrumentation du corps par le sujet et à l'image du corps qu'il s'en construit. Il est alors possible désormais, de penser que le comportement différent de Solly face à une même situation, soit dû à l'instrumentation différente que celle-ci fait de son corps. Cette instrumentation pourrait être à l'origine d'une évolution de ses représentations corporelles qui, peut-être, lui permettent de palier ses angoisses.

« *French Cancan dans la piscine* »

Une fois dans l'eau profonde, Solly continue de marcher en levant très haut ses genoux. Je prends l'initiative de me placer face à elle et viens lui tenir les mains. De mon pied droit, je soulève un de ses genoux au plus haut qu'elle peut. Puis, je lâche la main du même côté que son genoux plié et viens saisir sa jambe. Là, je lui fais sentir l'articulation de sa hanche et je cherche à lui faire expérimenter son appui unipodal. Portée par l'eau, Solly se laisse faire passivement. Elle sourit et, lorsque je lâche sa jambe, garde son équilibre un long moment sans la rabaisser.

¹ BULLINGER, A., (2006), *Approche sensorimotrice des troubles envahissant du développement*, p. 136

Parfois, c'est même à moi d'appuyer sur son genoux pour lui faire poser sa jambe, ou bien de plier l'autre pour qu'elle finisse par changer de pied d'appui. Par rapport aux toutes premières séances, j'observe que ses jambes sont bien plus détendues. Je poursuis cette situation en alternant d'une jambe à l'autre.

En eau peu profonde, les accompagnants ont continué de lui faire expérimenter des passages de la position assise à debout, généralement avec l'aide du psychomotricien. Solly semble s'en être bien saisie puisqu'ils disent qu'il lui arrive de se relever complètement seule et de sa propre initiative dans le bassin. Si l'on s'éloigne d'elle dans l'eau et que nous la laissons vaquer à ses occupations, Solly ne fait rien. Son regard semble autocentré. Bien qu'elle ne reprenne pas son agrippement des mains, elle me paraît en retrait relationnel (ce qui peut être un autre type d'agrippement en soi). Si nous la rejoignons, elle peut revenir facilement dans l'échange et les explorations.

Il me semble que son appui sur le milieu humain est désormais d'une autre nature. C'est plus un soutien psychique qui paraît désormais suffire pour servir d'appui et de soutien aux explorations de Solly. Sa demande d'être portée à bras le corps est plus rare, voire nulle. Nous avons d'ailleurs cité Bullinger définissant l'existence d'une *surface d'équilibre* nécessaire au sujet, afin qu'il puisse s'y sentir exister de manière stable et y disposer de moyens pour regarder et agir sur le monde. Ce qui amène à penser que la manière dont Solly habite son corps, ne lui permet pas d'aller vers l'autre. Néanmoins, pouvons-nous penser que Solly commence à trouver cet équilibre entre les différents milieux, physique, biologique et humain ? Il me semble que oui. Pour moi, le fait que Solly modifie son appui sur le milieu humain, est le signe qu'elle commence à trouver des appuis suffisants dans les milieux biologique et physique, c'est-à-dire en elle.

« *Un petit pas pour Solly...* »

Pour ma part à la fin d'une séance, alors que nous avons regagné le véhicule avant les autres binômes, j'ai voulu invité Solly à réaliser quelques pas seule sur la terre ferme. Nous nous sommes placées à côté d'un flanc du véhicule et je me suis reculée d'au moins six pas d'elle, avant de l'appeler en lui tendant les bras.

D'abord hésitante, Solly a fini par parcourir les pas qui nous séparaient. Sa main gauche était étendue sur le côté, prête à s'appuyer sur le car en cas d'urgence même si elle n'a pas eu à le faire. Pour ma part, J'ai vécu cet instant comme une immense victoire, accompagnée d'un intense sentiment de joie et de satisfaction.

J'ai eu l'impression de comprendre ce que ressentent les parents qui regardent leur enfant réaliser ses tous premiers pas devant eux. J'étais très heureuse de la voir réussir ce que je considère comme un exploit. Cependant, cette situation ne s'est jamais reproduite depuis car je n'ai pas tenté de la renouveler.

Peut-être ai-je la crainte de précipiter les choses, la crainte qu'elle ne chute et que les compteurs retombent à zéro, avec un retour en force de ses angoisses ? Où peut-être ai-je simplement peur qu'elle ne réussisse pas à le reproduire ? Après tout, dans son histoire racontée par sa sœur, elle donne l'impression de se sortir des problèmes comme par miracle. Son cancer, sa varicelle. Il y a comme quelque chose de l'ordre d'une pensée magique autour de son histoire. Le bébé qui se noyait dans son placenta a survécu. Le nourrisson qui ne buvait pas son lait a grandi. L'enfant qui jamais ne marcherait a marché. Et surtout, la résidente qui ne faisait jamais rien a fait ! Serais-je en train de partager les fantasmes nourris par sa famille ?

Il est alors possible de penser, qu'en m'appuyant sur mes représentations et mes ressentis, j'ai pu proposer à Solly un portage thérapeutique proche du portage de sa famille, mais dégagé des enjeux de celle-ci. Ceci expliquant probablement les nombreux progrès de Solly. Cependant, il me paraît que pour débiter sa quête d'appuis en elle, Solly a dû d'abord trouver une enveloppe et un étayage différents de ceux fournis habituellement dans le quotidien institutionnel. Or, il me semble que c'est aussi par le groupe qu'elle a pu les trouver.

« ...un plongeon dans le bouillonnement des hypothèses »

D'une séance à l'autre, Solly reprend d'elle-même les situations proposées par les différents accompagnants qui la suivent et moi-même. Lors d'une séance, Solly a joint ses mains devant son torse.

Au premier abord, j'ai cru qu'elle reprenait son agrippement, mais pas du tout, elle frappait doucement ses paumes l'une contre l'autre à la surface de l'eau. Le psychomotricien, qui l'a vu faire à ce moment-là, c'est approché et m'a alors expliqué que cette proposition avait été faite, il y a trois ans de cela, par une précédente stagiaire.

Celle-ci cherchait à transformer l'agrippement de Solly en un jeu d'éclaboussure, de jet d'eau, mais cela n'avait pas fonctionné. De fait, Solly ne voulait surtout pas lâcher ses mains. Le psychomotricien et moi avons été très surpris qu'elle s'en souvienne encore à ce jour et, surtout, qu'elle vienne me le proposer d'elle-même.

Cela m'interroge sur la trace qu'ont laissée les premières années de soins piscines chez Solly. Cela pouvant expliquer, à mon sens, les progrès si rapides de celle-ci. Avons-nous, cette année, tirés la bûchette de bois qui aura fait s'écrouler toute la tour ? En effet, trop occupée à se tenir à elle-même par le biais de son agrippement, Solly n'a probablement pas pu réaliser les expériences proposées à l'époque. Cependant, il me semble qu'elle nous montre ici ses capacités d'observation, de mémorisation et de représentation, puisqu'elle reprend d'elle-même les situations proposées lors des précédentes années de soin.

Tout au long des séances qui suivirent, nous n'avons pas uniquement travaillé autour des appuis. Bien entendu nous avons continué d'aider Solly à les expérimenter et à être en relation, mais pas seulement. A partir de cette anecdote est enfin apparue la question des orifices. En effet, Solly commence à initier des jeux de bouches dans l'eau. Elle penche sa tête et place ses lèvres à la surface de l'eau. Puis elle les fait vibrer au-dessus tout en soufflant. Face à elle, je reproduis ce geste en imitation ce qui fait rire Solly. Nous le réalisons alors à plusieurs reprises et, pétaradons dans la joie et la bonne humeur. J'introduis une variante et place ma main devant ma bouche, avant de souffler bruyamment dedans. Solly rit de plus belle et reproduit cette proposition. Je commente : « *Oh ! Mais c'est qu'on peut boucher ce trou avec notre main. Côté cha. On peut aussi pincer fort fort fort nos lèvres et contrôler ce qui en sort et ce qui rentre* ».

Cette séance interroge sur l'oralité de Solly. Comment a-t-elle investie, instrumenté cette zone ? Surtout lorsque nous savons les difficultés, bébé, qu'elle a rencontré autour du nourrissage. D'ailleurs, au quotidien, Solly se remplit plus qu'elle ne mange. L'équipe dit qu'elle ne mâche quasiment pas les aliments et les avale tout rond. Il est donc intéressant de garder en tête cette question de l'oralité. Notamment en sachant l'enjeu de la zone orale dans l'axe du développement décrit par Bullinger. Sa place dans la constitution de l'axialité du sujet et, plus tard, son rôle de relais dans le croisement des espaces droit et gauche. Après tout, son anamnèse nous renseigne sur le fait que sa mère présentait le handicap de Solly. Cette dame ayant déjà eu deux enfants avant elle, pouvait certainement établir un comparatif entre le développement de sa benjamine et celui de ses sœurs. Il est donc possible que Solly présentait déjà nourrisson un défaut d'instrumentation et, qu'à cette époque-là, celui-ci n'était pas seulement dû à son apprentissage de la marche.

Il me semble que Solly questionne à nouveau les angoisses archaïques qui, comme chacun d'entre nous, l'ont assailli bébé et peut-être la submergent encore.

Solly continue de souffler à la surface de l'eau et dans sa main. Par moment elle bave et à force le contenu de son nez finit par couler, ce qui m'écoeure. Moi et les accompagnants remarquons que nous voyons plus ses dents qu'avant. Elle sourit largement désormais, là où son sourire resté plutôt pincé au début. Sur une séance suivante, Solly vient à nouveau enlacer mon bassin de ses jambes. Avec les accompagnants nous disons désormais qu'elle fait « *son petit Koala* » et je lui dis parfois qu'elle fait « son petit singe ».

Nous observons alors un retour de la figure du monstre. Après tout, SK.Sausse dit bien que c'est le semblable qui fait ressortir le sentiment d'étrangeté. Finalement cela est peut-être le signe que Solly prend progressivement figure humaine à nos yeux. Après tout, un petit koala est une image plus chaleureuse que celle de la tortue et celle du petit singe, plus humanoïde. Est-ce cela qui fait qu'aujourd'hui il est plus difficile pour moi de passer outre sa salivation et sa goutte au nez?

Ainsi, cette séance, Solly vient vers moi pour se faire porter. Je ne l'en empêche pas et la laisse ainsi prendre appui sur moi. Ce jour-là, je me suis mise à chantonner machinalement. Je faisais un air improvisé composé de simple « *La la la* ». Solly s'est alors mise à reprendre mon chantonnement. J'étais surprise, car c'était la première fois que j'entendais réellement sa voix, c'est-à-dire autre que ses rires. J'ai donc poursuivi en essayant de maintenir un air simple et répétitif pour observer si elle pouvait le reproduire. Ce que Solly a fait à mon plus grand étonnement. Le psychomotricien qui me dit que c'était la première fois qu'il l'entendait chanter. En réalité, l'équipe de son unité m'avait informée que parfois Solly disait des mots tels que « *au revoir* », « *tortue* », ou le prénom de ses sœurs. Mais cela était plutôt rare et je ne l'avais jamais entendue. J'ai donc profité de cette séance pour proposer tout un travail autour de sa bouche. J'ai continué ce jeu de chansonnette, et repris ceux autour du souffle dans l'eau et de la main devant la bouche.

Il me semble que Solly, moins en prise à son angoisse de chute, peut aujourd'hui se tourner vers celle d'intrusion et de vidage. Avec les représentations du corps, se construit celle de notre peau : l'enveloppe. Solly, qui semblait présenter un défaut d'instrumentation du bassin, se représentait-elle peut-être jusque-là son corps comme scindé en deux moitiés haut et bas. Ainsi, il me paraît que Solly débute l'élaboration d'une représentation de son corps dans son intégralité, son unité.

Peut-être est-ce cela qui la fait s'interroger aujourd'hui sur ce qui délimite son corps? C'est la question de la peau et des orifices qui s'y trouvent. Orifices que l'enfant doit apprendre à maîtriser en contrôlant ses sphincters.

De plus, la séance suivante, lorsque je suis allée chercher Solly sur son unité, elle s'est tournée vers les accompagnants présents dans le salon et leur a dit « *Au revoir* » en fermant et ouvrant sa main. Pour ma part, j'étais hébétée. Je ne l'avais encore jamais entendu dire un mot et encore moins un mot adapté à la situation. Désormais, il est fréquent devant moi qu'elle dise au revoir aux personnes de son unité en partant pour le soin piscine. Ce n'est certainement pas un fait nouveau pour son équipe, mais il l'était toutefois pour moi. Depuis quelques séances, Solly est de plus en plus dans l'imitation. Elle a certes repris la petite chanson que j'avais improvisée, mais pas seulement. Solly imite aussi beaucoup les mouvements qu'on lui propose. Une accompagnante qui la suit a pu dire qu'elle imitait sa marche durant la séance. Si elle lève bien haut les jambes en se promenant dans l'eau, Solly fait de même. Moi-même, placée devant Solly, j'ai pu lui montrer un mouvement au cours duquel je passais alternativement d'une jambe sur l'autre. Face à moi, Solly le reproduisait en miroir tout en suivant mon rythme. Dans les eaux moins profondes, Solly nous imite lorsqu'on se relève du sol et sans avoir besoin d'aide physique. Elle pose une main sur le côté dans l'eau, fait pivoter son bassin et se relève en chevalier servant.

Cela me ramène au rôle de miroir joué par le milieu humain, comme je le citais en amont. Solly semble être étayée par la relation que l'on entretient avec elle en séance et sur le sens que nous donnons à ses expérimentations.

Aujourd'hui, cette recherche d'appuis internes est toujours au travail durant les séances et commence progressivement à porter ses fruits chez Solly. Elle semble être passée d'une recherche d'appuis sur l'autre, à une recherche d'appuis sur l'environnement et commence à prendre des appuis en elle. Cependant ce travail, il me semble, a aussi permis à Solly l'ouverture sur d'autres questionnements, notamment celui concernant les orifices. L'axe de travail qui semble avoir amené le plus de progrès chez Solly aura donc été de favoriser l'expérimentation de ses appuis. C'est l'entretien avec la tutrice de Solly qui nous aura permis d'orienter le soin en ce sens.

~ Conclusion ~

Si nous résumons la prise en charge de Solly, nous voyons que sa progression se fait en parallèle de l'abandon graduel de son agrippement. Les hypothèses de travail se sont orientées autour de la persistance d'angoisses archaïques chez Solly.

Tout au long de cette étude de cas, nous avons donc pu nous interroger sur le développement psychomoteur de cette résidente. En effet, si nous confrontons son histoire et les observations faites en séance de piscine, nous pouvons élaborer ce type d'hypothèse. La mère de Solly, ayant déjà eu deux enfants avant elle, présentait le retard psychomoteur de sa benjamine. Malgré les inquiétudes remontées par la mère, la prématurité de Solly a laissé planer, un temps, l'espoir que celle-ci rattrape son retard et ne présente aucun handicap. Probablement cette mère a pu investir suffisamment Solly pour lui permettre de contenir ses angoisses archaïques et de se développer à hauteur de ses capacités. Jouant ainsi son rôle de « *mère suffisamment bonne* » décrite par Winnicott.

Cependant, nous pouvons supposer que le traumatisme suscité par l'annonce du handicap, et les entraves relationnelles qui en découlent, n'a pris effet qu'à partir de la consultation avec le « spécialiste ». Le diagnostic ainsi posé et la phrase choc concernant l'évolution de Solly, pourraient à mon sens être à l'origine d'un vécu d'effondrement chez cette mère et cette famille. Un effondrement alors possiblement transmis à Solly sous forme d'angoisse. Or, la lutte mise en place contre cet effondrement pourrait être celle d'avoir voulu coûte que coûte faire marcher Solly. Modifiant probablement la relation entre l'enfant qu'elle était à cette période et les membres de sa famille. A partir de cette annonce, la rencontre avec Solly en tant que sujet en devenir est peut-être passée au second plan. Tandis qu'au premier plan se serait imposé l'enfant à sauver qu'elle représentait. Certes, nous l'avons dit, la manière dont Solly a appris à marcher est probablement à l'origine de la réactivation massive de ses angoisses archaïques. Ce type d'apprentissage ne lui ayant pas permis d'explorer ses différents appuis et d'instrumenter au mieux son corps dans ce déplacement. Cependant, il me semble qu'il soit possible que non seulement son inhibition motrice soit portée par la recrudescence de ses angoisses, mais aussi par la modification relationnelle d'avec ses proches. Solly n'a peut-être pas eu la place de s'exprimer en tant que sujet désirant. Ce qui pourrait expliquer son besoin d'être en appui sur l'autre pour explorer son environnement.

Cette année, Solly s'est autorisée à lâcher son agrippement, ce qui lui a permis une progression rapide. Comme dit précédemment, la rencontre avec le sujet handicapé n'est pas chose facile.

En effet, face à ce type de patient, le psychomotricien ne peut pas utiliser la parole comme support de communication. Ce sont sur ses ressentis, son écoute et ses interprétations qu'il s'appuie pour tenter de comprendre au mieux son patient. Solly n'a pas de mots pour me dire ses maux. Néanmoins, il me semble que l'identification qu'elle a fait naître en moi et le fort investissement qui en a découlé, m'ont permis d'être à l'écoute de mes éprouvés.

En m'appuyant sur l'entretien, sur mes observations de Solly, ainsi que sur mes éprouvés durant les séances, j'ai pu dégager un certain nombre d'hypothèses cliniques. Effectivement, il me semble qu'à défaut de parole, le sujet lourdement handicapé suscite chez le soignant un grand nombre d'interrogations. C'est par leurs biais que le psychomotricien peut tenter d'orienter sa prise en charge. Ainsi, il me semble qu'il nous faut une certaine souplesse dans le soin proposé. Car il faut s'autoriser à construire, déconstruire, puis reconstruire chacune de nos hypothèses. Le plus difficile étant, à mon sens, d'accepter de ne pas pouvoir s'appuyer sur des séances programmées et prédéfinies, pour au contraire, pouvoir rebondir sur ce que nous présente le patient dans l'ici et maintenant.

Ce serait donc ma formation en psychomotricité et mon investissement de Solly qui m'auraient rendue plus sensible à mes ressentis. Avec l'aide de mon maître de stage, j'ai tenté d'élaborer des hypothèses aussi proches que possible de sa problématique, me permettant probablement de répondre plus précisément à ce qu'elle montrait à ce moment-là. Cet investissement m'a aussi ouvert la possibilité d'un espace de rêverie qui, je pense, m'a permis de ne pas rester figée dans ma pensée, perdue dans des mécanismes de défense face à la rencontre de son handicap. Le portage que je me suis proposé de fournir à Solly est un portage thérapeutique. En cela, il est peut-être un reflet du portage de son entourage familial sur lequel elle a potentiellement pu s'appuyer durant les séances. Néanmoins, il reste de nature très différente puisque dégagé des enjeux familiaux. De plus, l'enveloppe groupale, à l'égal de son enveloppe familiale, lui a ainsi proposé un espace suffisamment sûr pour expérimenter ses appuis et modifier son instrumentation du corps. En effet, ce portage à visée thérapeutique tente de favoriser le développement du sujet en tant que sujet. Par le biais des séances de soin piscine, nous travaillons à fournir à Solly un espace dans lequel elle pourrait s'exprimer en tant que sujet désirant, actrice dans le monde qui l'entoure.

Additionné à cela, il me semble que le travail proposé autour d'une quête d'appuis en elle est à l'origine de ses progrès exponentiels.

Effectivement, Solly a pu se réappropriier d'elle-même les expériences et les situations proposées durant ces cinq années de soin. Elle a donc su observer, mémoriser et se représenter certaines situations proposées durant ces années de prise en charge, et nous montrer ainsi ses capacités, mais aussi la trace laissée en elle par les séances antérieures. Ceci expliquant probablement, les progrès exceptionnels qu'elle a pu réaliser dès qu'elle s'est autorisée à quitter son agrippement.

En fin de compte, les liens théoriques et notamment le concept d'instrumentation du corps de Bullinger, nous ont permis de comprendre l'enjeu de l'instrumentation dans la mise en place des représentations corporelles. Nous avons ainsi vu que les angoisses archaïques naissent dans un sentiment de discontinuité d'existence. Or, en abordant la notion d'image du corps, nous avons pu voir que ce sont nos représentations corporelles, construites en appui sur l'environnement humain, qui nous permettent de maintenir un sentiment de continuité d'existence. En définitive, si nous reprenons notre problématique de départ, nous pourrions éventuellement supposer que l'instrumentation serait au cœur de ce lien entre angoisse archaïque et difficulté de mise en place des représentations du corps chez le sujet. En effet, le cas clinique de Solly illustre qu'un défaut d'instrumentation du corps, notamment du bassin et des appuis, est possiblement en lien avec la persistance d'angoisses archaïques de chute et d'effondrement. En lâchant son agrippement, Solly a pu instrumenter son corps différemment et probablement modifier ses représentations du corps. Néanmoins, toute la complexité du métier de psychomotricien émerge du fait que nous travaillons sur « l'humain ». En cela, la problématique psychomotrice d'un patient ne peut se résumer à une hypothèse psychomotrice. Nous voyons bien que l'inhibition de Solly ne semble pas uniquement réduite à une causalité d'angoisse de chute. A cela s'ajoute l'investissement de sa famille et l'espace qui lui a été donné pour s'exprimer en tant que sujet.

Articuler nos observations, nos ressentis, notre théorie et les informations extérieures, pour tenter de dégager des hypothèses et des interrogations, est un travail complexe qui est, à mon sens, la richesse de notre métier. Il requiert de la patience, de la souplesse et beaucoup d'écoute de l'autre et de Soi.

CONCLUSION

Cette troisième année m'aura permis de me constituer une identité professionnelle. J'ai pu approfondir mes connaissances, affûter mon sens critique et m'autonomiser au maximum. Le cas clinique de Solly et mes autres expériences de stage, m'ont aussi aidée de me remettre en question. Il me semble que ce sont nos propres blessures qui nous poussent vers une carrière soignante. De ce fait je suis attentive à ne pas confondre ma propre problématique et celle présentée par le patient. Ainsi, j'espère me dégager de mes propres enjeux, pour être au plus juste dans ma rencontre avec le sujet et dans le soin que je propose.

Ces études m'ont fait réaliser que je ne suis pas là pour sauver mes futurs patients. Avec Solly, j'ai compris que mon rôle n'est pas de porter les patients à bout de bras. De les rendre dépendants de mes appuis, ni même de les sauver au risque de me perdre. Mais plutôt de leur offrir un appui, une écoute bienveillante. Dans mes futures prises en charge, j'espère ainsi être un tuteur, un guide dans leurs questionnements et leur cheminement personnel. J'espère ainsi leur offrir la possibilité de trouver des appuis en eux, un équilibre.

Avec cette dernière année, j'ai pu explorer le travail auprès de différentes pathologies et élargir mon panel de connaissances. Chaque professionnel rencontré m'a exprimé sa vision de la psychomotricité et ces échanges ont été riches. Aujourd'hui, forte de mes expériences de stage, je me suis fait ma propre vision de ce métier. Au fil de ma carrière, j'espère la moduler et la préciser. Je pense qu'elle sera, à l'égal du concept d'image du corps, constamment remaniée en fonction de mes propres expériences.

Cet écrit marque l'aboutissement de mes trois années d'études en psychomotricité. Il vient signaler un carrefour dans mon chemin de vie. Je me suis engagée dans cette aventure avec pour seul bagage une vague idée de ce que pouvait être le métier de psychomotricien et une immense soif de connaissances. Au fil du temps et des rencontres dans le milieu professionnel comme dans le milieu scolaire, ma passion a grandi et mon identité professionnelle s'est forgée. Demain, si j'obtiens mon passeport, je retourne à l'aventure !

Désormais, grâce à mes années d'études, je me suis fabriqué un *sac de voyage*. Il est enrichi de multiples poches, dans lesquelles je pourrai ranger mes différentes expériences cliniques. J'y ai placé une *boussole théorique* pour m'aiguiller dans les méandres de mes futures prises en charge et un guide du *petit psychomotricien futé*, pour nourrir ma créativité. J'y transporte une mallette pleine d'exercices et de matériel pour réaliser mes futurs bilans. J'ai pris soin d'y ajouter un petit répertoire dans lequel j'ai noté une liste de contacts en cas d'urgence. Je suis plutôt fière de mon nouveau sac, impatiente et excitée à l'idée de prendre la route, et surtout de le remplir de souvenirs et de nouvelles connaissances !

[I'm a poor lonesome cowboy...♪]

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Livre :

BULLINGER A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, édition Erès, 2013

CICCONNE A., 2009, *La vie psychique des personnes handicapées*, Toulouse, édition Erès, 2012

GRIMM O.-R., *Du monstre à l'enfant*, Paris, édition CTNERHI, 2000

KORFF-SAUSSE S., (1996), *Le miroir brisé*, Espagne, édition Fayard/pluriel, 2010

WINNICOTT D.W., (1971), *Jeu et réalité*, France, édition Gallimard, collection Folio essais, 2013

PIREYRE E.W., (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, édition Dunod, 2011

Chapitre d'un livre collectif :

BOURGUIBA L., Accompagnement en psychomotricité de femmes enceintes dans l'eau, in E.W. PIREYRE (ed), *Cas pratiques en psychomotricité*, Paris, édition Dunod, 2015 p 170-182

Article :

BULLINGER A., 2006, Approche Sensorimotrice des troubles envahissants du développement, *Contraste*, 2006/2 n°25, p. 125-139

PATURET J-B., ZERILLO S., 2011, Souffrance psychique et malaise ontologique : Freud-Winnicott, *Sciences-Croisées Numéro 7-8 : Soins de l'âme*, 2011

Mémoire ou thèse :

RAYNAUD-SEROT C., *L'angoisse comme organisateur psychique*, UTM 2004-2005

Site Internet :

sante.lefigaro.fr/social/personnes-handicapees/maison-daccueil-specialisee/definition

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/semioRENAULT/POLY.Chp.3.html>

http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2011.flemal_s&part=354627

<http://neuromotricite.blogspot.fr/2008/06/schema-corporel.html>

<http://www.passeursdedanse.fr/pdf/Uncorpsaconstruire.pdf>,

Mémoire vu par
MOTTET Cécile, psychomotricienne
A Lyon, le 27 Avril 2015

Résumé :

L'appareil psychique, notre intelligence, se constitue par le biais des interactions entre notre organisme et son environnement. Comment passe-t-on d'un organisme biologique à un corps représenté ? Les personnes lourdement handicapées souffrent de déficiences motrices et/ou mentales, qui entravent leurs échanges avec le monde environnant. Cette population montre à voir de nombreuses angoisses qui les débordent et restreignent leur capacité de relation. Prisonniers de leurs mécanismes de défense, leurs agrippements, ils ne peuvent pas habiter leur corps comme tout un chacun. Dans ce cas, dans quelle mesure le handicap peut-il avoir une incidence sur la mise en place de leurs représentations? Voilà ce que ce mémoire tente de mettre en exergue.

Mots Clefs :

Instrumentation, handicap, angoisses archaïques, représentations du corps, agrippements auto-sensuels, relation, interaction, habiter son corps, appuis.