



<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>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

« Parle-moi de ce corps qui va mal »

Investissement du corps chez deux patientes porteuses d'un handicap moteur congénital en service de Médecine physique et de réadaptation pédiatrique

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

Par : Rousseau Morgane

Juin 2019

N° 1525

Directeur du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

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

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

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

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

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Stéphanie VIALE
Psychomotricienne

Responsables des stages
Mme Christiane TANCRAÏ, Mme Aurore JUILLARD
Psychomotriciennes

Secrétariat de scolarité
Mme Pascale SACCUCCI

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mes différents maîtres de stage qui ont su me guider dans mes réflexions et vers mon positionnement de future psychomotricienne durant ces trois années de formation. Je remercie tout particulièrement Clémence pour sa confiance, sa présence et son écoute.

Je remercie mon maître de mémoire pour son accompagnement son investissement et sa disponibilité.

Merci à ma promotion et en particulier à mon groupe d'amies, toujours présentes et à l'écoute dans les moments de joies et de doutes pour me redonner de l'énergie.

Merci à toute ma famille et en particulier à mes parents d'avoir été aussi soutenant en toutes circonstances.

Merci à ma « famille lyonnaise », mes colocataires, mes amis, mes proches pour leur patience et leur bonne humeur. Et merci tout particulièrement à Louise pour ses précieux conseils et sa présence chaleureuse.

La nature m'enseigne aussi par ces sentiments de douleur, de faim, de soif, etc., que je ne suis pas seulement logé dans mon corps, ainsi qu'un pilote en son navire, mais, outre cela, que je lui suis conjoint très étroitement et tellement confondu et mêlé, que je compose comme un seul tout avec lui.

René Descartes, Méditations métaphysiques, méditation sixième (GF, 2009) pp 195-196

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE CLINIQUE	3
1. Présentation du service de Médecine Physique et de Réadaptation pédiatrique	3
1.1. Présentation du service.....	3
1.2. Les spécificités de ce milieu	4
1.3. Mes impressions sur ce service de MPR pédiatrique	6
1.4. Quel espace pour la psychomotricité ?	7
1.5. Ma place de stagiaire	8
2. Louise : des tâtonnements pour une rencontre tardive.....	9
2.1. Anamnèse.....	9
2.2. Notre première rencontre en est-elle une ?	11
2.3. Observations lors du bilan psychomoteur	12
2.4. Mise en place du projet psychomoteur	14
3. Naelle : un corps formé à tâtons	22
3.1. Anamnèse.....	22
3.2. Suivi antérieur au sein de la MPR pédiatrique.....	24
3.3. Bilan psychomoteur et première rencontre.....	24
3.4. Une première approche compliquée	27

3.5. Évitement du corps agi	29
4. Conclusion de la partie clinique.....	31
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....	33
1. Un corps en souffrance	33
1.1. Un corps entravé	33
1.2. Un corps abîmé.....	37
1.3. Un corps réparé.....	41
2. L'approche psychomotrice.....	47
2.1. Cadre et spécificité de la psychomotricité dans la structure.....	47
2.2. La relaxation pour se réapproprier son corps	50
2.3. Des tâtonnements vers une adaptation progressive.....	52
2.4. Temporalité et présence à soi.....	54
CONCLUSION.....	56
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	

INTRODUCTION

Lors de ma troisième année de formation en psychomotricité j'ai choisi d'effectuer un stage dans un service de Médecine Physique et de Réadaptation pédiatrique (MPR pédiatrique). Cet établissement accueille des enfants et des adolescents dans l'optique d'une prise en charge rééducative pluridisciplinaire à la suite d'une opération chirurgicale. Ma curiosité s'est éveillée pour ce type d'environnement plutôt rééducatif lors d'un stage de deuxième année effectué en unité de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique. Lors de celui-ci, je me suis interrogée sur la place et le vécu du corps des patients. J'y ai aussi découvert la richesse du travail pluridisciplinaire et une pratique tout autre, centrée sur la flexibilité du psychomotricien. J'ai donc souhaité approfondir ces premières découvertes lors d'un de mes stages longs de troisième année. Ma place plus active lors de ce second stage me fait voir l'expérience du monde rééducatif d'un tout autre œil. J'arrive effectivement dans un environnement très fonctionnel avec des prises en charge de courte durée. Cet univers se trouve alors à l'opposé de l'idée classique de la pratique psychomotrice et je me suis par conséquent longuement interrogée sur la place de la psychomotricité et sur la façon de penser le projet psychomoteur dans ce cadre.

J'ai pu observer en parallèle la particularité d'investissement du corps des patients que je rencontre. Ils sont souvent porteurs de handicaps congénitaux ou ont subi un traumatisme. Toutefois dans les deux cas ils ont un parcours médical, chirurgical et rééducatif lourd afin de « réparer » ces corps endommagés. Le corps est alors souvent investi d'un point de vue fonctionnel avec une attention toute particulière au niveau de la zone du corps prise en charge. Les rencontres avec deux patientes du service de MPR pédiatrique, que j'appellerai Louise et Naelle, m'ont notamment interrogée à ce sujet. Avec elles je me demande comment leur permettre d'investir et de réunifier, en psychomotricité, un corps entravé, abîmé et réparé.

Afin de présenter le cheminement de ma réflexion à ce sujet je débiterai par une partie clinique dans laquelle je décris en premier lieu le cadre de la MPR pédiatrique puis je présente Louise et Naelle et chacun de leurs suivis. J'évoquerai mes tâtonnements dans la rencontre de ces patientes pour aller vers une adaptation progressive à ce qu'elles amènent en séance. Mes interrogations présentes dans cette partie m'amènent directement vers une

analyse théorico-clinique afin de les mettre en lien avec des supports théoriques. Cette deuxième partie oriente mes réflexions vers une tentative de compréhension de la façon dont Louise et Naelle peuvent investir leur corps. Comment leur histoire médicale a pu influencer le rapport qu'elles entretiennent à celui-ci ? Puis je discuterai de la spécificité de la psychomotricité dans le cadre de la MPR pédiatrique afin d'aborder la manière dont ces corps, reconstruits à tâtons, peuvent être appréhendés en psychomotricité.

PARTIE CLINIQUE

Pour débiter cette partie clinique, je décrirai le service de MPR, ses particularités et la place de la psychomotricité. Ensuite, je présenterai respectivement Louise et Naelle, deux patientes du service que je rencontre chaque semaine.

1. Présentation du service de Médecine Physique et de Réadaptation pédiatrique

1.1. Présentation du service

Le service de Médecine Physique et de Réadaptation pédiatrique (MPR pédiatrique) fait partie du pôle d'activité clinique neuro-loco-moteur de l'hôpital universitaire. Il accueille des enfants et des adolescents issus des services de pédiatrie ou de chirurgie pédiatrique après une intervention, un accident ou une maladie invalidante, dont l'état de santé justifie une prise en charge de rééducation par une équipe pluridisciplinaire.

La MPR pédiatrique se compose d'une unité d'hospitalisation complète de dix lits et d'une unité d'hospitalisation de jour (HDJ) de deux places. La mission de l'HDJ est d'offrir des consultations pluridisciplinaires pour effectuer des bilans. Il peut également permettre de poursuivre un suivi entamé en hospitalisation complète dans certains cas spécifiques. Les suivis en HDJ sont en général de courte durée permettant une transition en douceur pour quitter les soins du service. Les fins de prises en charge, que ce soit complet ou de jour, s'articulent avec les praticiens libéraux et le réseau des structures médico-sociales du département.

En hospitalisation complète les patients sont encadrés par de nombreux professionnels : des médecins de médecine physique et de réadaptation, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, une orthophoniste, une psychomotricienne, une neuropsychologue, une psychologue, une assistante sociale, un enseignant spécialisé, des infirmiers, des auxiliaires de puériculture, une éducatrice en activités physiques adaptées, des aides-soignants, une éducatrice spécialisée et une diététicienne.

Différents espaces de la MPR pédiatrique sont réservés aux prises en charge paramédicales :

- Un plateau de rééducation utilisé par les kinésithérapeutes
- Une balnéothérapie
- Un plateau d'ergothérapie permettant l'entraînement aux activités de la vie quotidienne et un appartement de simulation thérapeutique.
- Un jardin thérapeutique extérieur offrant de parcours de marche ou permettant des mises en situation en fauteuil.
- Un gymnase et un mur d'escalade
- Une salle réservée à l'orthophoniste et à la psychomotricienne

Lors de son entrée, l'enfant ou l'adolescent est accueilli par un médecin, une infirmière et une auxiliaire du service pour faciliter son arrivée dans le service. Un des parents peut rester dans le service la nuit, les premiers jours de l'hospitalisation.

Ce service contraste avec le reste des locaux plutôt austères. Lorsque je franchis les portes de la MPR pédiatrique, j'arrive dans un environnement coloré avec de nombreux dessins et des créations en tout genre sur les murs des couloirs de l'unité. Les chambres sont réparties sur deux couloirs communicants avec au centre une pièce commune faisant office de salle à manger et de salle de jeux. Les patients circulent librement dans le service pouvant même aller dans le bureau des infirmières et dans les chambres des uns et des autres pour se retrouver.

1.2. Les spécificités de ce milieu

1.2.1. Les pathologies accueillies

Les enfants et adolescents arrivent dans ce service car ils présentent un handicap moteur nécessitant une opération chirurgicale. Les handicaps pris en charge ainsi que les pathologies associées sont extrêmement variés, ainsi j'ai pu côtoyer des patients atteints de paralysie cérébrale, de maladies neuromusculaires, ayant eu un traumatisme crânien ou une amputation à la suite d'un accident. J'ai également rencontré des patients présentant des douleurs chroniques, des malformations ou un handicap moteur associé à un cancer. Enfin des séjours très courts peuvent être proposés comme séjour dit « de répit », pour travailler sur l'éducation familiale ou pour des réentraînements à l'effort. La diversité des pathologies

accueillies demande aux équipes du service d'être polyvalentes. Les suivis sont effectivement réfléchis au cas par cas en prenant le sujet dans sa globalité sans systématiser les soins et incluant les besoins et envies spécifiques du sujet. Cela demande également de penser l'environnement, en effet certaines chambres sont doubles, on doit alors réfléchir à la façon de faire cohabiter les patients en fonction de leur traitement et de leur handicap. Mais cette situation oblige aussi les patients à s'adapter à d'autres patients avec des pathologies spécifiques qu'ils n'ont parfois pas l'habitude de côtoyer.

1.2.2. Un temps particulier

Les séjours hospitaliers proposés au sein de la MPR pédiatrique ont des durées très variées réfléchies en fonction du handicap, de la raison de la présence du patient et de la rééducation qu'il nécessite. Ils peuvent alors durer moins d'une semaine ou plus d'un an. La durée moyenne du séjour est connue à l'avance par le patient, ce qui lui donne un objectif à atteindre, une « ligne d'arrivée ». Ils s'appuient en général beaucoup sur cette information. En effet durant le temps de l'hospitalisation complète les patients ne peuvent pas quitter le service excepté lors de certains week-end si leur état le permet. Les patients sont donc concentrés sur leur rééducation pour rentrer rapidement chez eux et reprendre leur quotidien. Je note que leur implication dans la rééducation semble influencer l'investissement des prises en charge moins fonctionnelles du corps telles que la psychomotricité.

Toutes les prises en charge auxquelles j'assiste durant ce stage durent moins de dix séances, il est donc difficile pour moi de penser les projets thérapeutiques en psychomotricité. J'observe également que les patients semblent s'investir peu dans les séances car ils savent qu'elles ne vont pas durer longtemps. Ils paraissent y mettre peu de sens préférant rééduquer leur corps fonctionnel. Et c'est là que naissent mes premières interrogations.

De plus, il est difficile de ritualiser le suivi en termes de jour et d'horaire. L'organisation des prises en charge du patient se fait avec les autres professionnels et leurs possibilités mais aussi avec les examens médicaux. Il faut donc jongler entre les possibilités de chacun. Moi-même n'étant présente qu'une journée par semaine, contrairement à ma maître de stage, il arrive que je n'assiste pas à toutes les séances pour ces raisons.

1.2.3. Un environnement très fonctionnel

Le nom du service met en avant un univers très fonctionnel. Des handicaps moteurs étant pris en charge, l'accent est mis sur la rééducation rapide des suites de la chirurgie afin que les sujets retournent dès que possible chez eux. Les patients aussi sont dans cette optique de réparer un corps abîmé, et de le remettre en « état de marche ».

La psychomotricité dans ce milieu a donc une place particulière. Elle est à la fois localisée à l'étage des différents rééducateurs, sans pour autant proposer de rééducation fonctionnelle. J'ai l'impression qu'il est difficile de penser une prise en charge en psychomotricité pour les patients. Ils semblent avoir du mal à y donner un sens dans la mesure où nous n'apportons pas un suivi rééducatif sur une partie du corps comme ils en ont l'habitude. J'observe que d'une manière générale le rapport au corps plus global et moins fonctionnel, que nous leur proposons, est difficile à appréhender à ce moment de leur rééducation. Amener une réflexion sur un corps qui est relié à une déficience physique depuis leur naissance ou à la suite d'un événement, peut être source d'angoisses.

1.3. Mes impressions sur ce service de MPR pédiatrique

Je suis présente dans ce stage tous les lundis. Cette journée débute en général par le « tour médical ». Il consiste en une réunion pluridisciplinaire pour confronter les observations sur les patients du service, réfléchir sur leur projet de soin et présenter ceux qui vont arriver dans la semaine. C'est également l'occasion d'effectuer les demandes de suivi auprès des différents professionnels. Ce temps met donc en avant l'importance du travail pluridisciplinaire et la transmission entre les différents membres de l'équipe qui associent leur vision propre du soin et du patient pour penser son projet thérapeutique en accord avec sa vie, ses envies et besoins. Un représentant de chaque profession de l'équipe pluridisciplinaire tente d'être présent lors de ce « tour médical » pour partager les informations de la semaine sur les enfants du service et réévaluer leur prise en charge.

Je suis agréablement surprise de trouver dans un milieu si fonctionnel et médicalisé, une façon globale et très bienveillante d'appréhender chaque patient. Je trouve que les « tours médicaux » permettent de réellement penser l'enjeu de l'hospitalisation et de la rééducation proposée au patient. Ceci tant au niveau fonctionnel que psychologique et en fonction de son histoire propre et de ses désirs d'avenir. Son environnement social, familial

et éducatif sont intégrés au projet de soin et des relais avec les structures éducatives et de soin en dehors de l'hôpital sont mis en place.

L'équipe est donc bienveillante et accueillante, ce qui se ressent dans les soins et dans l'ambiance du service, et apporte une grande contenance aux patients. Je ressens cependant au sein de cette équipe, une pression à rééduquer, des impératifs à remplir. Il faut avoir des résultats rapidement pour le patient et sa famille, afin de diminuer au maximum la durée de prise en charge au sein du service.

1.4. Quel espace pour la psychomotricité ?

1.4.1. Place de la psychomotricité dans le service

La psychomotricienne du service est présente deux jours et demi par semaine au sein de la MPR pédiatrique. Cela fait plusieurs années que ce poste existe ce qui lui permet d'avoir une place bien repérée et une reconnaissance de la part des différents professionnels. L'ensemble de l'équipe est sensible à l'approche psychocorporelle et à l'écoute quant à ses apports cliniques. La psychomotricienne participe aux synthèses avec l'ensemble de l'équipe paramédicale, afin de réfléchir conjointement aux projets de prise en charge des patients.

Les prises en charge en psychomotricité sont en général prescrites pour diminuer, chez les patients, l'anxiété de l'hospitalisation. Les enfants et les adolescents orientés en psychomotricité ont un vécu souvent douloureux de leur corps, lieu de traumatismes. Ils font l'objet d'une attention médicale particulière. La psychomotricienne a souvent recours à la relaxation pour permettre aux patients d'aborder leur corps autrement que sur le plan rééducatif et pour ne pas leur faire violence.

Un bilan coté est demandé en début de chaque suivi, il est donc effectué de manière systématique sur les deux ou trois premières séances. Celui-ci est bien évidemment adapté aux spécificités des patients, à leur niveau de développement et à leur possibilité de mise en mouvement à la suite de la chirurgie. Il peut se faire dans la salle de psychomotricité ou dans la chambre du sujet si celui-ci ne peut pas se déplacer.

En hospitalisation complète la demande de prise en charge d'un patient est faite en général par le médecin lors des tours médicaux, à l'occasion de la présentation du patient ou de la réévaluation de son projet thérapeutique. Une fois le séjour hospitalier achevé, il est

possible de poursuivre le suivi en psychomotricité en hôpital de jour. Cette décision est discutée en équipe conjointement avec la famille et le patient.

1.4.2. La salle de psychomotricité

En hospitalisation complète ou de jour, les patients suivis en psychomotricité ont une séance de 45 minutes par semaine. Ces séances peuvent se faire dans différents endroits, la psychomotricienne s'adaptant au patient et à sa prise en charge. Le lieu de prédilection est son bureau mais la séance peut s'effectuer aussi dans la chambre du patient, s'il ne peut pas bouger de son lit, ou dans d'autres salles plus grandes. Elles peuvent également s'effectuer dans la salle Snoezelen qui vient d'être mise en place.

La psychomotricienne partage son bureau avec l'orthophoniste. En fonction de leurs emplois du temps respectifs, l'une ou l'autre peuvent être amenées à effectuer les séances dans un autre lieu. Ce bureau se trouve à l'étage avec le plateau de rééducation. Avec la psychomotricienne nous allons chercher les patients pour effectuer la séance puis, une fois celle-ci achevée, nous les ramenons au rez-de-chaussée dans le service. Cela permet de faire une transition entre ces deux environnements et de marquer le soin.

La salle de psychomotricité est très lumineuse. Elle bénéficie d'une grande fenêtre faisant la hauteur du mur, permettant de voir les autres bâtiments de l'hôpital. Malheureusement cette pièce s'avère être davantage un bureau car elle n'est pas très grande et un grand bureau occupe une bonne partie de l'espace. Une table de massage et un placard sont les deux autres meubles principaux laissant peu de place pour des activités motrices. La pièce contient également d'un miroir, que l'on peut occulter, de différents modules en mousse, de ballons de différentes tailles, de plots, de cerceaux... Le placard contient de nombreux jeux : jeux de société, personnages en tout genre, poupées, bulles, matériel sensoriel etc.

1.5. Ma place de stagiaire

Lors des suivis, j'ai rapidement participé aux séances en étant de plus en plus actrice. Le début du suivi est en général entamé par ma maître de stage puis peu à peu je pouvais les co-animer voire les mener en présence ou non de la psychomotricienne. J'ai commencé par faire passer des épreuves de bilans. Puis l'année avançant, en trouvant mes marques dans le service et son fonctionnement, j'ai alors été à l'initiative de projets thérapeutiques et de

séances. Ma maître de stage a toujours été disponible pour que l'on discute ensemble de mes observations, mes interrogations et pour m'aider à trouver ma posture de psychomotricienne.

C'est lors de quelques-unes de ces séances que je rencontre Louise et Naelle.

2. Louise : des tâtonnements pour une rencontre tardive

Lors des séances avec Louise j'ai rapidement une place assez active. Nous faisons le bilan à deux avec la psychomotricienne puis elle entame le suivi que je poursuis et pour lequel ma maître de stage m'invite à réévaluer le projet thérapeutique. Je rencontre Louise dans le service de MPR pédiatrique début novembre, unité qu'elle quitte fin janvier.

2.1. Anamnèse

J'ai pu recueillir les informations concernant Louise lors des tours médicaux qui ont lieu avec les différents professionnels de l'équipe et par le biais de son dossier médical. Je remarque lors de mes recherches qu'il y a beaucoup d'informations médicales mais en revanche peu d'informations personnelles ainsi que sur son développement psychomoteur. Je sais cependant qu'elle n'a jamais eu de suivi en psychomotricité auparavant. Cela prend tout son sens quand on sait ce qui intéresse le service, à savoir la rééducation post-opératoire des patients.

Louise est une jeune fille de 14 ans actuellement en 3^e au collège, elle a un frère plus jeune de deux ans et vit avec ses deux parents.

Elle présente une dysplasie congénitale de hanche gauche c'est-à-dire un mauvais positionnement de la tête du fémur dans la cavité cotyloïdienne du bassin qui entraîne l'instabilité de l'articulation. Celle-ci est due à un élargissement de la tête et du col du fémur, phénomène aussi appelé coxa magna, et à une insuffisance cotyloïdienne entraînant la découverte de la tête fémorale.

Cette luxation a été découverte assez tardivement puisqu'elle a été repérée au moment de l'acquisition de la marche. Son développement psychomoteur ne semble donc pas avoir été entravé par cette malposition. Sa luxation a été traitée dans un premier temps de façon orthopédique durant une hospitalisation depuis l'âge de ses 1 an et demi jusqu'à

ses 2 ans, à l'aide d'une traction. Cette technique consiste à ajouter des poids à la jambe ciblée. La traction se fait très progressivement pour permettre à la tête du fémur de se repositionner correctement dans le cotyle sans l'abîmer.

En lien avec sa pathologie Louise présente une inégalité de longueur des membres inférieurs avec une jambe droite plus courte de quinze millimètres. S'en suit donc l'utilisation de semelles orthopédiques.

Le traitement orthopédique n'étant pas suffisant, Louise est opérée en 2007 pour réorienter le cotyle gauche de son bassin. Suite à cette intervention Louise présente une démarche normale, elle ne boîtit pas mais présente des épisodes itératifs de blocage douloureux.

La luxation étant persistante, elle se fait une nouvelle fois opérer en novembre 2018 pour réaliser une butée au niveau de la hanche gauche. Cette opération vise à couvrir la tête fémorale afin d'éviter une luxation et pour retarder au maximum la pose d'une prothèse. À la suite de cette opération Louise nécessite une prise en charge rééducative en hospitalisation complète au sein de la MPR pédiatrique de dix semaines dont trois semaines de traction durant lesquelles elle doit rester alitée.

Lors de cette hospitalisation, elle a un suivi pluridisciplinaire avec comme projet final la reprise de la marche afin de quitter le service. Elle est suivie au niveau médical pour éviter toute inflammation. Elle prend un traitement d'anticoagulants et peu d'antalgiques car elle n'est en général pas douloureuse. Elle a un suivi diététique, car elle sélectionne beaucoup ses aliments et mange peu. L'orthophoniste note un trouble de l'oralité et un terrain anorexique avec des stratégies pour cacher ce qu'elle mange. Elle constate également un stress au sujet des repas pris en dehors de chez elle. Son suivi kinésithérapeutique vise à un renforcement musculaire avec le maintien des amplitudes articulaires. L'ergothérapeute lui permet d'apprendre à bien s'installer au lit le temps de son alitement. Le psychologue intervient pour soutenir Louise durant cette hospitalisation source d'anxiété. L'enseignant spécialisé prend également le relais de l'école pour la durée de son séjour. Il note que Louise est très distraite et ne semble pas impliquée dans les apprentissages. Par exemple lors d'examens, elle ne retourne pas la copie pour voir le reste des questions et ne s'en tient qu'aux consignes de base. Enfin Louise est orientée en psychomotricité à la demande des médecins et sur les conseils des infirmières et auxiliaires de puériculture. Elle semble

présenter une certaine anxiété liée à l'hospitalisation du fait de l'alitement et de la rééducation qui y sont associés. On voit donc des symptômes liés à sa pathologie de hanche et d'autres qui n'y sont sans doute pas liés. Son fonctionnement ne peut en tout cas être réduit à sa pathologie.

2.2. Notre première rencontre en est-elle une ?

La psychomotricienne et moi-même rencontrons Louise une semaine après son entrée dans le service de MPR pédiatrique.

Nous descendons dans le service pour nous rendre dans sa chambre. Louise est allongée sur son lit en train de dessiner sur la table mobile rapprochée d'elle, Je me fais la réflexion que ça ne doit pas être simple puisqu'elle doit rester en position parfaitement allongée à ce stade de la prise en charge. Elle semble cependant persévérer dans sa réalisation en s'adaptant à la situation. De plus j'observe de nombreux crayons et d'autres dessins présents dans sa chambre. Le dessin semble alors être une de ses passions.

Je rencontre une jeune fille pas très grande, fine, avec des cheveux mi-longs bruns et ondulés. Elle a les yeux bleus et des taches de rousseur. Lorsque nous arrivons, elle nous sourit. Elle me renvoie alors une grande douceur mais également une certaine timidité. Elle pose ses crayons et repousse sa table pour se réinstaller. Je la sens alors disposée à nous rencontrer. Nous nous présentons et ma maître de stage lui explique ce qu'est la psychomotricité, que « nous souhaiterions voir comment elle se sent dans son corps, avec elle-même et en relation ».

Elle répond facilement aux différentes questions posées, avec des phrases assez succinctes. Au fur et à mesure de nos échanges je m'aperçois que Louise a un sourire figé sur son visage en toute circonstance. Avec ses réponses courtes et son visage figé dans un sourire de prestance, je trouve qu'elle ne laisse pas paraître beaucoup d'elle. La seule question qui amène une réponse plus développée est celle concernant sa chirurgie. Elle est en effet en mesure de m'expliquer son intervention avec des termes bien précis.

Est-ce que cette première rencontre en a vraiment été une ? Au fil des séances je me pose cette question. En effet Louise me renvoie à la fois quelque chose de sympathique et de lisse comme si elle souhaitait se cacher derrière les apparences.

2.3. Observations lors du bilan psychomoteur

Cette première rencontre est l'occasion d'entamer un bilan sur deux séances. D'abord un premier temps d'entretien effectué par ma maître de stage et un second temps où je lui propose quelques épreuves.

Lorsque la psychomotricienne invite Louise à passer quelques épreuves de bilan, elle accepte avec un petit « oui » timide mais souriant. Elle lui pose d'abord plusieurs questions pour apprendre à la connaître. Elle répond brièvement sans donner de détails excessifs. Son regard alterne entre ma maître de stage et moi, en gardant toujours la même mimique et le même sourire figé quelle que soit la question. Cela me donne l'impression qu'elle répond parce qu'on le lui demande mais que les questions, sur sa vie, ses loisirs, n'éveillent pas d'émotion chez elle. Son regard semble être la partie de son corps la plus expressive avec quelques froncements de sourcils.

Cet entretien nous permet de connaître davantage Louise, à travers ses goûts et ses loisirs, en tout cas autrement que par sa pathologie et son opération. Ainsi nous apprenons que Louise aime particulièrement dessiner. Elle précise ne plus suivre de cours de dessin car elle nous dit : « ils y faisaient des choses que je n'aimais pas ». L'écriture, comme la lecture, font partie de ses centres d'intérêt, elle a rédigé plusieurs petits livres qu'elle ne fait lire à personne. Elle nous dit que ses lectures préférées sont les livres d'horreur, style qu'elle ne reprend pas lorsqu'elle écrit, Elle se concentre davantage sur ce qu'elle « a dans la tête ». Louise joue de la guitare mais n'a pas souhaité l'amener avec elle car elle n'ose pas en jouer devant les autres. Louise aime particulièrement les jeux vidéo, qu'elle classe parmi les choses les plus importantes pour elle avec sa famille. Elle ajoute enfin qu'elle n'est pas sportive sans pouvoir préciser si c'est qu'elle n'aime pas ou qu'elle a des difficultés, « c'est comme ça ». Lors de cet entretien, la psychomotricienne lui demande de décrire son caractère. Elle se dit « timide, trop gentille et réservée ». À ce moment les larmes lui montent aux yeux. Elle tente de les retenir. Je me dis que parler d'elle semble faire remonter beaucoup d'émotions. Louise fait alors beaucoup d'efforts pour les contenir. Pendant tout l'entretien, Louise apporte beaucoup de réponses factuelles mais, mis à part ce dernier moment, son discours n'est pas teinté émotionnellement. Parler de ses passions et de sa personnalité ne semble pas l'animer, ses réponses restent évasives. Elle ne nous permet pas d'apprendre à la connaître en tant que sujet à part entière. Je me demande à quelle part d'elle-même Louise veut bien nous laisser accéder.

À la suite de cet entretien, la psychomotricienne lui propose de dessiner un bonhomme. Elle s'exécute en restant de marbre. Elle s'applique lors de la réalisation, prend du temps et paraît perfectionniste dans ce domaine qu'elle investit beaucoup. Une fois le dessin achevé, elle nous le tend, nous voyons alors qu'elle a réalisé un beau portrait très appliqué. Il représente cependant uniquement la tête d'un des modèles qu'elle semble avoir l'habitude de dessiner. La psychomotricienne lui demande alors de dessiner un corps en entier. Elle semble déçue de notre réaction en émettant un petit « ah » avant de se remettre à dessiner. Elle le réalise nettement plus rapidement en s'appliquant moins. Son dessin est petit, il prend peu de place dans un coin de la feuille. Elle fait bien un corps en entier en repassant sur les traits plusieurs fois mais avec peu de détails donnant le sentiment que son dessin est lisse et non incarné. Est-elle déçue parce que nous n'avons pas reconnu ce qu'elle voulait montrer d'elle ? Notamment l'importance donnée à la tête par rapport au reste du corps.

Lors de la deuxième séance, Louise peut mieux se redresser dans son lit, il est donc plus aisé de faire un bilan. En suivant la trame de bilan de ma maître de stage et en l'adaptant à l'alitement de Louise, je lui propose de passer quelques épreuves.

Au niveau de l'item du temps, Louise montre de bonnes capacités : elle est bien repérée dans le temps physique, vécu et générationnel. Le rythme est également bien intégré.

Pour évaluer le schéma corporel, je lui propose entre autres de passer un ballon sur différentes parties de son corps afin qu'elle les nomme. Je lui demande si elle accepte d'être touchée et lorsqu'elle acquiesce je prends beaucoup de précautions. Je m'aperçois qu'elle me renvoie une impression de fragilité, je la perçois comme une jeune fille avec laquelle il faut être délicat pour ne pas la « casser ». Les différentes évaluations du schéma corporel mettent en évidence une bonne intégration et représentation de ce dernier sur soi et sur autrui.

L'espace est également bien repéré et structuré pour Louise qui ne présente pas de difficultés à ce niveau. Elle a également de bonnes capacités visuo-constructives.

Comme elle est alitée, il est difficile de proposer à Louise des exercices mettant en jeu son corps pour observer son investissement et sa motricité globale. Je lui propose alors quelques échanges de balle en faisant varier les distances et ma position dans l'espace. Elle présente de bonnes coordinations oculo-manuelles mais l'adaptation tonique est plus compliquée. Elle lance à plusieurs reprises trop fort ou pas assez, ayant des difficultés à

s'adapter aux différences de distance entre nous. L'évaluation du tonus met parallèlement en évidence des difficultés de régulation. Louise tente avec difficulté de se relâcher avec un tonus de fond assez haut.

Durant le bilan, Louise participe bien aux différentes épreuves. J'observe également que comme lors de l'entretien, elle est dans l'ensemble assez figée corporellement. Elle présente de bonnes capacités spatio-temporelles et une connaissance intégrée de son schéma corporel. Toutefois, l'investissement corporel pose question. Il est certes difficile de l'observer dans son lit, mais à travers son discours, son dessin du bonhomme et les échanges de balle, je m'interroge sur la relation qu'elle entretient avec son corps, observation qui pourra être affinée les semaines suivantes quand elle ne sera plus alitée. Elle montre également des difficultés dans l'expression de ses émotions. Elle paraît les retenir ce qui peut impacter la régulation de son tonus alors compliqué à relâcher. Elle semble garder en elle beaucoup d'émotions et de pensées difficiles à partager, mais ses émotions peuvent aussi la déborder. La psychomotricienne propose un travail de relaxation à Louise afin de travailler sur un corps global en douceur. Le but est également d'aborder les émotions et d'amener Louise à investir son corps avec plaisir.

Suite à ce bilan, Louise est suivie en psychomotricité durant quatre séances lors desquelles nous réévaluerons régulièrement le projet thérapeutique en fonction de ce que Louise nous amène en séance.

2.4. Mise en place du projet psychomoteur

2.4.1. Une première tentative d'approche : la relaxation

Lorsque nous retrouvons Louise pour sa première séance après le bilan, elle n'a plus besoin de rester au lit et se déplace en fauteuil roulant. Ma maître de stage entame le suivi en lui proposant, comme prévu, une séance de relaxation. Avant de s'installer pour débiter la relaxation, Louise a beaucoup de rires de prestance et une position fermée croisant ses bras et ses pieds dans son fauteuil. Elle semble assez gênée et stressée par la situation malgré les propos rassurants de la psychomotricienne. Elle se déplace jusqu'à la table de massage de la salle de psychomotricité pour un temps calme avec de la musique offrant un bain sonore apaisant. Ma maître de stage propose d'abord à Louise des inductions verbales pour amener un sentiment de détente, puis elle lui passe une balle à picots et un ballon paille en partie dégonflé sur le corps. Louise paraît très tendue, elle garde une position contractée, les yeux

ouverts, et semble attendre que la relaxation s'achève. Interrogée en fin de séance, Louise a du mal à verbaliser son vécu. Elle dit d'abord que cela s'est bien passé pour elle, sans développer ses éprouvés sensoriels. Elle précise ensuite qu'elle n'a pas vécu cette séance comme réellement bénéfique. Elle s'est sentie si tendue et crispée qu'elle a, à présent, mal au dos. Malgré cette première expérience vécue avec anxiété, Louise accepte de recommencer lors de la prochaine séance, sachant dorénavant à quoi s'attendre. Il est difficile de savoir si c'est un réel souhait de sa part, car lorsque la question lui est posée, elle garde un sourire figé sur son visage et dit oui à toutes les propositions. J'ai l'impression qu'elle nous donne les réponses que nous attendons sans exprimer ce qu'elle souhaiterait vraiment dire. Je me demande si elle n'adopte pas un rôle passif ayant l'habitude qu'on prenne des décisions à sa place.

Suite à l'expérience de la précédente séance, ma maître de stage revient sur les difficultés que Louise rencontre pour se relâcher lors de la relaxation. Se détendre lorsque l'on n'est pas habitué n'est pas facile. Cependant, nous nous demandons aussi si Louise ne peut pas se relâcher par crainte de perdre le contrôle de ce qu'elle a l'air de contenir si fort. Il faudrait donc lui permettre de garder un peu de maîtrise durant la relaxation, lui donner quelque chose autre que son corps, à quoi elle peut s'accrocher, afin de pouvoir se détendre un peu. Je lui propose donc de choisir la musique de la séance de relaxation. Elle sait que c'est un temps de détente, elle choisit pourtant des chansons aux paroles engagées et au rythme soutenu. Est-ce que cela n'est pas un moyen pour elle de reprendre le contrôle de la séance et de marquer une opposition au calme proposé ?

Lors de cette séance Louise peut se déplacer en béquilles. Elle s'installe, allongée sur le ventre sur la table de massage. Je mets la musique choisie et la psychomotricienne débute les inductions verbales puis passe uniquement le ballon paille sur son dos. La musique choisie n'incite pas particulièrement à la détente, Louise ne ferme d'ailleurs pas les yeux, elle regarde dans le vide avec un visage figé et inexpressif. Elle garde une posture raide avec un tonus haut sans montrer de signe de détente musculaire ou psychique. Une fois le temps de relaxation terminée, Louise se redresse immédiatement sans avoir besoin d'un temps de reprise pour remettre du tonus dans son corps.

Alors que nous sommes toutes les trois assises en triangle, ma maître de stage propose à Louise un autre type de relaxation, centré sur la respiration. Le but est ici de lui permettre de se concentrer sur son corps et ses ressentis. La psychomotricienne commence

les inductions verbales. Nous ancrions nos pieds dans le sol. Elle nous invite à mettre une main sur le ventre, à se concentrer sur sa respiration et à fermer les yeux afin de sentir les flux d'air qui nous traversent et les mouvements associés de notre ventre. Louise est une nouvelle fois inexpressive, elle ne ferme pas les yeux avec le regard dans le vide. Est-ce angoissant pour elle de fermer les yeux ? Est-ce que cela l'obligerait à se concentrer sur son corps ? Elle semble plutôt se réfugier dans ses pensées et ne pas chercher à sentir les effets de la relaxation. Elle ne suit pas les inductions de ma maître de stage et ne semble pas chercher à sentir sa respiration, elle paraît attendre passivement que ce temps prenne fin. Elle n'investit pas cette proposition à laquelle elle ne semble pas donner de sens et ne pas pouvoir se concentrer sur ses ressentis. Est-ce que sentir son corps dans quelque chose d'agréable et de doux est inhabituel voire angoissant pour elle ? Ou est-ce qu'elle tente une nouvelle fois de mettre du contrôle en décidant de ne pas faire ce qui est proposé ?

Nous lui proposons un temps de discussion pour revenir sur ses éprouvés. J'observe que durant celui-ci son regard est assez fuyant comme si elle avait peur qu'on lise en elle. Lorsqu'on l'interroge, elle dit « ça s'est bien passé » comme la fois précédente, ce qui semble à l'opposé de ce que nous avons pu observer. Nous donne-t-elle la réponse que nous attendons pour éviter d'aller chercher pourquoi elle ne se serait pas détendue ? En poursuivant la discussion, elle finit par dire qu'elle n'a pas pu se détendre et qu'elle ne voit pas l'intérêt de la relaxation pour elle. Encore une fois, elle semble donc donner des réponses de complaisance pour dire ce que l'autre veut entendre. Elle exprimant peu ses ressentis réels, peut-être sont-ils trop difficiles pour elle à verbaliser. Je me demande aussi si elle sait ce que « se détendre » signifie, si elle l'a déjà expérimenté. À cette question elle répond qu'elle ne sait pas ce que c'est de se détendre, et les larmes lui montent aux yeux. Elle ajoute qu'elle ne se sent jamais détendue car elle est envahie par ses pensées, sans développer davantage.

Il lui paraît donc difficile de se détendre, de sentir son corps. A-t-elle pour habitude de le laisser de côté et de ne pas y faire attention ? Lui demander alors d'être à l'écoute de ses ressentis corporels peut lui apparaître effrayant. Cela impliquerait de sortir de ses pensées, de « se vider la tête », pour se concentrer sur son corps ce qui paraît être à l'opposé de son fonctionnement habituel.

2.4.2. Réévaluation du projet thérapeutique

Au vu des séances précédentes, j'observe qu'aborder le corps met en scène une problématique importante chez Louise. Approcher le corps paraît compliqué et source d'anxiété pour Louise. Elle semble être enfermée dans une carapace qui l'empêche de se détendre. Si celle-ci se fissure, Louise pourrait perdre la maîtrise de ses émotions. Je m'interroge sur le lien entre la complexité actuelle d'aborder le corps sur le plan des affects et la façon dont il a été considéré et touché lors de ses différentes hospitalisations. S'intéresser à sa pathologie fonctionnelle peut supposer ne toucher qu'une partie du corps, celle à réparer, considérée comme un objet inanimé.

Ma maître de stage me propose alors de réévaluer la prise en charge et de repenser le projet thérapeutique de Louise. Je propose de mettre plus de mouvement, de la rendre plus actrice durant les séances pour qu'elle se sente moins envahie par des pensées visiblement difficiles et qu'elle puisse extérioriser ses émotions. Trouver du ludique dans le mouvement pourrait lui permettre d'éprouver son corps avec plaisir, enfin le recours au dessin, un de ses centres d'intérêt, pour qu'elle donne du sens au suivi.

Lors de la troisième séance, j'explique à Louise les nouvelles propositions auxquelles nous avons pensé pour voir si elle y adhère et lui permettre ainsi d'anticiper la séance. Louise peut dorénavant marcher sans ses béquilles mais il faut toujours ménager sa jambe. Afin qu'elle soit plus active, je lui propose de faire quelques échanges de balle entre nous trois en restant debout, si elle pense qu'elle en est capable. Louise est proche du mur pour pouvoir s'appuyer si besoin et nous commençons les échanges doucement pour ménager sa jambe. Elle se mobilise très peu, ne tente pas de rattraper la balle si elle passe sur le côté. Elle me fait penser à un bloc ne pouvant pas décoller les bras de son corps. Elle ne semble pas adhérer à la mise en mouvement. Je tente d'insuffler plus de ludique dans les échanges en proposant de les accélérer mais Louise reste figée et montre peu d'engagement corporel. Lorsque la balle arrive vers elle soit trop basse, trop haute ou trop à côté, Louise ne cherche pas à aller la récupérer et nous regarde avec des rires, gênée. Lors de nos passes, ses lancers ne sont pas très ajustés. Elle lance trop fort ou pas assez dans une difficulté de la régulation de son tonus.

Pour l'amener à davantage prendre part aux échanges et être plus actrice, je suggère l'idée que chacun propose une partie du corps avec laquelle on se lance le ballon. Plusieurs échanges ont lieu. Alternativement la psychomotricienne et moi proposons le dos de la main,

le talon, l'épaule, la tête... Mais Louise ne se saisit pas de la proposition et elle ne nous soumet pas d'idées. À un moment, je propose de faire les échanges en renvoyant la balle avec les fesses. Je pense qu'à ce moment-là j'ai voulu voir comment elle réagirait à cette proposition depuis sa place d'adolescente. Nous le faisons avant Louise pour la mettre en confiance mais quand c'est à son tour elle semble très gênée. Elle nous regarde, émet des rires de prestance en haussant les épaules et lance le ballon avec ses hanches sans rien dire mais en montrant à quel point elle est gênée de le lancer avec ses fesses. Cette situation d'embarras l'a fait réagir et c'est seulement à partir de ce moment-là qu'elle propose de lancer le ballon avec les avant-bras. Il s'agit peut-être pour elle de détourner ainsi l'attention et se sortir de cette situation désagréable, cela lui permet d'engager une partie du corps qui la met moins en difficulté. Ma maître de stage propose ensuite de lancer le ballon contre le mur pour l'envoyer aux autres. Louise commence à se mettre davantage en mouvement, elle se penche en avant pour mieux lancer le ballon et se laisse entraîner par ses bras. Son épaule et son buste sont mis en jeu pour accentuer les lancers et progressivement on perçoit une réelle intention dans les lancers, avec l'envie de décharger. Son tonus est plus haut, elle envoie avec force le ballon contre le mur, ce qui tranche avec le peu d'énergie qu'elle déployait auparavant. Elle montre plus de spontanéité et semble prendre du plaisir à cet exercice car elle présente un visage beaucoup moins figé. Je la sens davantage présente et impliquée dans le jeu. Ses mouvements sont plus animés. Elle lance de plus en plus fort le ballon contre le mur, sans s'ajuster aux distances. Je me demande si cette décharge motrice ne traduit pas une sorte de colère qu'elle extériorise ici alors qu'elle ne peut le faire face à quelqu'un avec qui il y a une interaction par le regard. Le mur représente alors une surface sur laquelle elle peut se permettre cette colère et décharger ses émotions sans conséquence. Il est probablement plus facile pour elle d'extérioriser ses émotions sur ce mur inanimé qu'en face de quelqu'un. Lors de ce jeu Louise rit à plusieurs moments. Cependant, lorsque nous l'interrogeons sur son vécu, elle dit qu'elle n'a pas trouvé l'exercice ludique. Il y a donc une grande différence entre ce que nous avons pu observer et ce qu'elle ressent. A-t-elle perçu les modifications dans son corps ? Peut-elle les accepter ? Je me dis aussi que c'est souvent le fait des adolescents de rester pudique sur ce qui relève de l'intime.

Je lui propose ensuite de dessiner sans réfléchir, de se laisser aller à faire des formes abstraites en fermant les yeux si elle le souhaite, afin de sentir les mouvements du bras lors de la réalisation du dessin. Je me rends compte que cette consigne est très compliquée pour Louise qui présente un visage plus expressif en fronçant les sourcils. Je vois qu'elle hésite

et finalement, elle ose me demander plus de précisions car elle ne semble pas comprendre l'intérêt de ce que je lui propose. J'ai l'impression que supprimer la part intellectualisée dans ce dessin la met en difficulté. C'est probablement compliqué pour elle qui reste beaucoup dans ses pensées. Elle tente malgré tout de réaliser son dessin mais sans pouvoir sortir du concret. Elle réalise des petites formes géométriques ne prenant pas tout l'espace de la feuille et garde les yeux ouverts. Son visage est redevenu fermé et elle ne parvient pas à sentir le mouvement et à faire des choses qui n'ont pas de sens. Cela semble mettre à mal le besoin de contrôle de son corps et ses difficultés à se relâcher. Je réalise que ma demande est prématurée vis-à-vis du degré qu'à atteint Louise, ce qui peut lui faire violence. Je sais que le suivi de Louise s'achève la semaine suivante. Prise par le peu de temps qu'il nous reste à passer ensemble, j'ai voulu aller trop vite ? Je tâtonne dans mes propositions pour trouver comment investir ce soin avec elle. Peut-être est-ce aussi en lien avec sa propre évolution fonctionnelle.

À la fin de cette séance, je la sens très dubitative suite à mes propositions. Pour l'impliquer davantage et en vue de réadapter ce qu'on lui soumet, nous lui demandons sur quels centres d'intérêts nous pourrions nous appuyer, ce qui lui fait plaisir et la fait rire. Sa réponse n'est pas spontanée et elle finit par nous dire qu'elle s'amuse seulement lorsqu'elle joue aux jeux vidéo, sans pour autant rire. Elle précise que le monde virtuel lui permet de s'évader et elle ne se trouve bien nulle part ailleurs. Ma maître de stage poursuit l'entretien et tente d'amener Louise à développer. Elle parle peu mais nous fait comprendre, les larmes aux yeux, qu'elle pense en permanence à des choses qui l'inquiètent et lui font de la peine sans vouloir développer davantage. Elle finit par nous dire qu'elle n'en parle à personne et que ces pensées l'envahissent quotidiennement et entravent ses apprentissages. Je suis touchée par ce moment de confiance qui m'apparaît comme spécial et important à recueillir.

Louise semble bloquée dans son corps et dans sa tête. Maintenu dans une carapace tonique et psychique, elle montre des difficultés dans la mise en mouvement de son corps de façon investie. Elle paraît également contenir ses émotions de façon importante dans un contrôle qui ne peut être relâché au risque de s'effondrer. Elle ne semble pas investir son corps et paraît éviter d'écouter ses ressentis au profit d'un surinvestissement de ses pensées. Lorsque le sujet a été abordé avec le psychologue du service, celui-ci nous a confirmé que Louise avait beaucoup de pensées envahissantes assez sombres. Le temps d'entretien avec

lui est compliqué pour Louise qui ne dit que peu de choses sur elle. Il nous précise qu'elle ne semble pas souhaiter poursuivre de suivi psychologique.

Mes propositions mettant à mal ses défenses si précieuses me paraissent inadaptées pour Louise. Je souhaite trouver un moyen pour aborder avec elle son corps et ses émotions de façon plus sereine. Je repense le suivi pour notre dernière séance. Comment lui faire éprouver du plaisir, comment atteindre cette jeune fille qui donne peu de choses d'elle dans un corps figé en ayant, semble-t-il, peu accès à ses ressentis ? Je la vois comme entravée dans son corps. Quel parallèle peut être fait avec son suivi médical, chirurgical et rééducatif présent depuis l'enfance ? Dans quelle relation à son corps cette jeune adolescente se positionne-t-elle ? Le virtuel semble être un refuge pour elle où le visuel est saturé. Ainsi elle fermerait l'accès aux sensations en particulier proprioceptives et tactiles qui ont été probablement particulièrement touchées par son handicap.

2.4.3. Dernière séance : entre rencontre et séparation

Cette séance sera notre dernière. Louise ayant bien récupéré, elle quitte le service plus tôt que prévu. Elle semble ravie et arrive dans la salle de psychomotricité avec le visage plus ouvert que d'habitude ce qui lui donne un air plus animé.

Les séances précédentes ont mis en évidence chez Louise une problématique notamment axée autour du corps, ce qui a pu la mettre en difficulté. La détente semble dure à aborder. Elle est peu impliquée dans la mise en mouvement et se concentrer sur ses ressentis corporels peut être source d'angoisse. Les séances précédentes ont touché de trop près la carapace qu'elle s'est construite. Aussi je souhaite proposer une fin de suivi et une séparation apaisée lors de cette séance.

Je propose de débiter la séance une nouvelle fois par quelques échanges de balle pour garder une continuité avec la séance précédente. Nous nous plaçons de la même manière et à notre surprise Louise se montre beaucoup plus impliquée corporellement. Elle est bien plus en mouvement en décollant les bras et se déplaçant dans l'espace pour rattraper le ballon. Elle initie d'emblée plus de choses et fait des propositions de variations dans le jeu. Elle est davantage souriante, spontanée et vive. Elle semble apprécier ce moment que nous faisons durer plus longtemps que prévu. Je suppose que ce changement important dans son comportement est dû à la solidité qu'elle a retrouvée dans sa jambe mais également à l'idée de rentrer chez elle. Sa vitalité semble alors être en lien avec son parcours de soin et

son évolution fonctionnelle. Peut-être maîtrise-t-elle mieux le jeu parce qu'elle connaît l'exercice. Nous faisons dans un premier temps quelques échanges avec des rebonds simples et Louise met de plus en plus d'intensité dans ses lancers. Le jeu se transforme alors, nous faisons rebondir le ballon suffisamment fort pour qu'il touche le plafond, cela nous met dans une sorte de compétition qui paraît la motiver. Elle lance très fort, comme elle l'avait fait contre le mur lors de la séance précédente, et parvient régulièrement à toucher le plafond. Je retrouve le même engagement dans ses mouvements et le même plaisir dans la décharge tonico-motrice que la fois précédente. Cette décharge lui permettrait-elle une sensation de détente ?

Nous terminons par un temps de dessin au bureau, cette fois-ci sans imposer les mêmes consignes visiblement trop contraignantes, et qui semblent faire qu'elle s'agrippe davantage à ses défenses. Je lui propose donc d'effectuer un dessin de son choix. Chacune de notre côté, nous nous mettons à l'œuvre. Louise se concentre sur ce qu'elle fait tout en regardant ce que nous faisons, peut-être pour se rassurer. Elle réalise des corps de femme comme à son habitude. Ils sont très bien réalisés mais paraissent être des modèles plaqués. Je me demande à ce moment si ces dessins ne mettent pas en avant un processus adolescent, d'elle en train de devenir une femme. La psychomotricienne propose que chacun présente son dessin en expliquant ce qu'il a dessiné. Louise semble une nouvelle fois gênée, son regard est fuyant et elle sourit nerveusement. Nous lui proposons de commencer en décrivant les différentes étapes de nos dessins et les raisons de notre choix. Elle écoute attentivement nos histoires, installée les bras sur le bureau, penchée en avant avec l'air intéressé. Ma maître de stage a réalisé un cygne assez psychédélique, et de mon côté un paysage de montagne évoquant mes loisirs. Lorsque son tour vient, elle montre des difficultés à décrire son dessin, son discours est pauvre. En nous imitant, elle tente d'expliquer le déroulement sans pouvoir dire pourquoi elle a voulu faire son dessin ou créer une vie à ses personnages. Est-ce qu'elle dessine toujours les mêmes modèles ? Elle ne semble pas pouvoir prêter une pensée à l'autre, son appareil psychique paraît déjà trop surchargé pour inventer une histoire à ses personnages. Ou alors est-ce trop intime pour elle de décrire ses personnages ? Cela demande probablement d'autant plus de difficulté que dessiner parle du corps. Ma maître de stage et moi-même lui proposons de décrire ce que nous nous observons de son dessin. Elle semble apprécier ce moment d'échanges et aimer nous entendre parler de ses personnages., Cela lui délie un peu la langue et elle parvient à aller plus loin dans sa réflexion.

La séance s'achève, elle dit spontanément qu'elle l'a aimée. Elle qui ne parlait que brièvement et seulement pour répondre aux questions, s'exprime de façon plus affirmée en sortant sa voix pour dire quelque chose d'elle, ce que je ne m'attendais pas de sa part. À l'issue de cette séance j'observe que cette difficulté pour elle d'investir sa sensori-motricité va progressivement se modifier. On semble avoir trouvé ici un moyen de faire lien avec elle, une proposition à laquelle elle adhère et qui lui permet de se relâcher un peu plus. Une alliance semble avoir pris forme pour qu'elle nous fasse davantage confiance et qu'elle puisse être entendue pour ce qu'elle est et non pour son corps objet. Le suivi s'est arrêté mais le dessin semble être une voie d'entrée privilégiée pour créer du lien et mettre en œuvre progressivement notre projet thérapeutique. Celui-ci consisterait alors à partir de cette médiation, puis du mouvement, pour faire extérioriser ses souffrances intérieures. Les séances permettraient de penser des temps où Louise est « maître » de la séance, où elle est entendue en tant que sujet qui peut prendre des initiatives et faire ses propres choix.

Nous proposons de poursuivre le suivi en HDJ mais ni Louise ni sa famille ne se saisissent de cette proposition. Peut-être que les séances de psychomotricité sont dures à investir pour Louise car elles mettent en avant le lieu où se portent ses entraves corporelles alors que partout ailleurs l'enjeu est autour du progrès rééducatif. De plus nous lui proposons de quitter un peu la sphère intellectuelle pour rentrer davantage dans le sensori-moteur. Ce qui pourrait aller à l'encontre de son fonctionnement défensif. Louise repart donc du service en marchant mais avec ses angoisses, il n'y a pas de suivi psychomoteur ou psychologique prévu en dehors du service.

3. Naelle : un corps formé à tâtons

3.1. Anamnèse

Naelle est une enfant de 7 ans qui arrive dans le service de MPR pédiatrique en janvier 2019. J'entends parler d'elle lors du tour médical avant de la rencontrer. J'ai dans un premier temps peu d'informations, l'ensemble de l'équipe la connaissant. Elle a, en effet, effectué un précédent séjour au sein du service en 2016. J'ai ensuite pu recueillir les informations au sujet de son anamnèse dans son dossier médical et par ma maître de stage. Encore une fois, je m'aperçois que je ne peux récolter que des informations purement médicales. Je n'ai donc aucune notion de son développement psychomoteur.

Naelle est d'origine algérienne. Elle vit avec ses deux parents et ses trois grands frères et sœurs. Ses deux sœurs, étudiantes, ont 16 et 19 ans et son frère de 23 ans est vendeur en magasin. Elle, est en primaire au CE1.

Elle souffre d'une ectromélie longitudinale externe du membre inférieur droit. Ce qui se traduit par une absence congénitale de fibula ajoutée à une malformation du tibia et du pied, ce qui cause une importante inégalité de longueur des membres inférieurs. En effet un diagnostic anténatal a été posé pour cette petite fille, mettant en évidence un développement insuffisant de ces différents os. Naelle qui présente une grande différence de taille entre ses deux jambes et un pied convexe, doit porter une attelle pour se déplacer.

Cette malformation entraîne une succession de prises en charge chirurgicales pour Naelle. En 2012 d'abord, elle est donc âgée de 1 an. Les médecins interviennent afin de redresser le tibia droit de Naelle présentant une forme convexe inadaptée. L'année suivante, une réduction de son pied, également convexe est faite. Il s'agit de redonner une courbure normale au pied, condition nécessaire pour pouvoir entamer le programme d'allongement de sa jambe. De plus, son pied gagnera ainsi plus de mobilité pour faciliter l'utilisation de l'attelle. En 2014, une opération visant à stabiliser l'articulation du genou afin de limiter les possibilités de recurvatum et de valgus, est effectuée. La même année, elle est opérée pour un allongement du triceps afin de diminuer l'inégalité des membres à 7.5 cm entre les deux jambes. En 2016 l'allongement de sa jambe droite se poursuit par l'agrandissement du tibia. Celui-ci s'effectue par la section de l'os puis la pose d'un fixateur externe. Il s'agit de broches reliées aux deux segments du tibia qui permettent d'agrandir progressivement l'écart entre les deux morceaux d'os pendant que celui-ci se reconstitue. Ainsi l'écart entre les deux jambes est réduit à 5 centimètres. Enfin, en 2018, elle a une nouvelle prise en charge chirurgicale afin d'effectuer une libération selon Judet pour diminuer la raideur au niveau du genou. C'est suite à cette intervention que je la rencontre lors de son suivi rééducatif dans le service de MPR pédiatrique. Elle se déplace les premières semaines en fauteuil roulant puis peu à peu elle retrouve son attelle pour reprendre la marche. Le suivi opératoire n'est pas achevé pour Naelle puisqu'une ligamentoplastie au niveau du genou est prévue dans les prochaines années.

On peut penser que son handicap moteur et ces longues périodes d'hospitalisation ont pu entraver son développement avec un corps modifié régulièrement par ses multiples

opérations. Il peut être alors dur de s'en construire une représentation fixe et intégrée de son corps et de s'en approprier le développement.

3.2. Suivi antérieur au sein de la MPR pédiatrique

Naelle a effectué son séjour rééducatif au sein de la MPR pédiatrique après son opération de 2016. À cette occasion ma maître de stage l'a rencontrée et lui a proposé un suivi à partir duquel j'ai pu récupérer quelques informations.

Lors de leurs premières séances, la psychomotricienne remarque que Naelle parle peu d'elle et a des difficultés à être à l'écoute de ses ressentis sensoriels car elle a tendance à intellectualiser beaucoup ce qu'elle fait et les propositions qui lui sont faites. Par conséquent ma maître de stage lui propose de faire des séances de relaxation en compagnie d'une autre petite fille du service avec laquelle elle partage sa chambre. Durant ce suivi, la psychomotricienne rapporte que Naelle peine à se relâcher pendant la relaxation. De plus elle présente un bon niveau cognitif sur lequel elle se repose avec un vécu assez terre à terre et peu d'imagination.

Lors de cette nouvelle hospitalisation Naelle a sept séances de psychomotricité dont trois pour effectuer le bilan.

3.3. Bilan psychomoteur et première rencontre

La réalisation du bilan psychomoteur est pour moi le moment de notre première rencontre avec Naelle. Ma maître de stage et moi descendons de la salle de psychomotricité pour aller chercher Naelle dans sa chambre. Elle n'y est pas et, comme souvent, nous arpentons tous les couloirs à la recherche de notre patiente. Nous la retrouvons finalement dans l'un d'entre eux en train de parler avec une infirmière.

J'aperçois alors une petite fille en fauteuil roulant, Elle a des cheveux bruns, coiffés au carré et des yeux noirs. Nous nous approchons d'elle pour aller à sa rencontre et je constate qu'elle a une serviette pour recouvrir ses jambes. Celles-ci sont donc cachées et je ne peux objectiver leur dissymétrie. Au fil du suivi jamais je ne verrai sa jambe nue. Soit Naelle est en fauteuil et elle la cache, soit elle porte son attelle recouverte d'un pantalon. Naelle reconnaît la psychomotricienne, puis je me présente. Sans véritablement me regarder elle accepte que je vienne en séance avec elles.

Lors du bilan un entretien est proposé à Naelle afin de voir ce qu'elle nous dit d'elle et, pour moi, de faire sa connaissance. Je découvre une petite fille très intelligente, qui réfléchit beaucoup à chaque question qui lui est posée. Ses réflexions semblent assez profondes et son vocabulaire médical riche. Elle m'impressionne par ses capacités mais je remarque aussi qu'en parallèle elle nous donne peu d'informations sur elle et ses vécus. Je me demande si nous pouvons observer ici la mise en place de défenses nécessaires pour accepter les soins et aussi se les approprier comme elle peut. Ses réponses assez promptes sur des sujets médicaux contrastent avec celles beaucoup moins affirmées sur des questions plus affectivées. Elle se montre alors timide, se tortille, bouge beaucoup la tête et explore du regard toute la pièce pendant qu'elle tente, avec difficulté, de répondre. Elle parle néanmoins de sa famille avec beaucoup de plaisir, elle peut dire que ses sœurs sont très jolies, mais lorsqu'on aborde la question de sa propre beauté, en lui demandant si elle se trouve jolie, elle penche la tête vers le sol, gênée et ne peut pas réellement répondre. Plus tard, lors de l'entretien Naelle nous dit qu'elle pense toujours à beaucoup de choses, elle nous précise qu'elle a plein de choses dans sa tête et que « c'est compliqué ». Elle aborde ensuite le sujet de sa « petite jambe » comme elle l'appelle. Elle explique que c'est un secret que sa maman lui a fait promettre de garder. Ainsi elle ne fait pas de sortie scolaire à la piscine et lorsqu'elle va à la plage elle porte des jeans pour pouvoir garder ce secret. Elle ajoute que de son côté ça ne la dérange pas d'en parler. Il n'est pas facile d'investir un corps dont on devrait avoir honte et qui doit être caché, un travail pourrait alors être effectué avec sa famille.

Plusieurs épreuves pour évaluer le schéma corporel mettent en évidence qu'elle a une bonne connaissance de celui-ci, elle se le représente sans difficultés et obtient des scores bien supérieurs à ceux des enfants de son âge. Naelle se repère également bien dans le temps et a intégré les différences générationnelles, la succession et la périodicité.

Naelle se repère facilement dans l'espace dont elle a une représentation bien structurée. Cependant il est intéressant de noter que lors de l'épreuve d'appréciation des distances Naelle a estimé deux fois plus de pas que ce qu'elle n'a fait en réalité. Il s'avère qu'elle a prévu plus de pas car elle considère qu'un pas se compose de l'avancée des deux pieds et non d'un seul. Est-ce une mauvaise connaissance de la notion de « pas » ou un signe sur le rapport qu'elle entretient avec sa jambe droite ?

L'évaluation du tonus met en évidence que Naelle a des difficultés pour se relâcher spontanément et contrôler ses variations toniques.

L'épreuve du dessin du bonhomme est proposée à Naelle. Alors qu'on lui tend la feuille, elle demande des précisions pour savoir comment elle doit dessiner le bonhomme et met du temps à commencer. Elle réalise un bonhomme-bâton plutôt petit au centre de la feuille. Elle le réalise en étant assez distante du papier puis au moment de faire la jambe droite elle se rapproche, s'applique et repasse de nombreuses fois dessus la rendant épaisse et noire. Sa jambe est donc réalisée beaucoup moins machinalement, avec plus de réflexion et de concentration car elle semble moins bien connaître cette partie-là.

Nous l'interrogeons afin de déterminer comment Naelle se perçoit et quels sont ses centres d'intérêts. Lorsqu'elle parle de son corps, elle est en mesure de m'expliquer précisément son handicap et les différentes opérations qu'elle a subies. Cependant, lorsqu'il s'agit d'aborder des questions autour de l'investissement affectif de celui-ci, il est difficile pour elle de répondre. Elle réfléchit beaucoup, se tord un peu sur son siège, demande des précisions sur la question puis fini par répondre « je ne sais pas » en souriant. Le questionnaire de Moyano est soumis à Naelle. Encore une fois il révèle qu'elle s'appuie beaucoup sur ses capacités cognitives. Elle parle beaucoup du cerveau et des neurones comme des zones importantes ou fragiles, ce qui pourrait signifier que son un corps est pris en compte de façon essentiellement fonctionnelle. Lors de l'ensemble du bilan, Naelle est peu sûre d'elle, elle dévalorise beaucoup tout ce qu'elle fait. Lorsque la psychomotricienne l'interroge sur sa façon de se percevoir, ses vécus corporels, elle ne se prononce jamais et répond systématiquement "je ne sais pas". Elle paraît bloquer toute pensée autour de son corps vécu. Il est donc difficile d'avoir accès à ses éprouvés.

En conclusion Naelle a un bon contact et se montre volontaire lors des épreuves du bilan. Elle se dévalorise beaucoup mais a de très bonnes capacités intellectuelles sur lesquelles elle n'hésite pas à s'appuyer. Elle semble cependant peu investir son corps au profit de la sphère intellectuelle, elle montre des difficultés à aborder ses ressentis et parle davantage de son corps fonctionnel avec des termes médicaux. Un travail en psychomotricité serait alors intéressant pour Naelle afin de travailler sur la réappropriation d'un corps « plaisir » en renforçant son estime d'elle-même. Pour cela la psychomotricienne propose à Naelle de reprendre le suivi en relaxation, qu'elle a entamé lors de son précédent séjour au sein de la MPR pédiatrique. Même si celui-ci se fera cette fois en individuel, Naelle accepte la proposition.

3.4. Une première approche compliquée

Lors de la première séance suivant le bilan, la psychomotricienne demande à Naelle si elle souhaite faire un temps de relaxation en passant le ballon sur son corps, comme elles l'avaient fait lors du précédent suivi. Naelle accepte dans un premier temps, mais lorsque la psychomotricienne lui demande où elle aimerait qu'elle passe la balle, Naelle ne peut pas choisir une partie du corps en particulier. Ma maître de stage l'oriente, lui propose différentes idées mais Naelle se tortille sur son fauteuil, elle se tourne un peu sur le côté cache un peu sa tête derrière ses cheveux, regarde partout dans la pièce et répond « je ne sais pas » à chaque proposition. Elle refuse en fin de compte la relaxation et dit qu'elle « préfère travailler ». Comment vit-elle cette approche corporelle ? Est-ce qu'être à l'écoute de ses ressentis est compliqué pour Naelle ? Qu'est-ce que cela peut lui faire vivre ? Est-ce que cela lui imposera de « se vider la tête » ? Ce qui peut être un fonctionnement éventuellement effrayant pour elle. A-t-elle l'habitude que son corps soit considéré, par elle ou d'autres, du point de vue des éprouvés ?

Naelle choisit alors de jouer au Uno, un jeu ne touchant pas au corps. Nous faisons deux parties puis ma maître de stage propose une autre activité autour de la créativité, de la motricité fine et du schéma corporel. L'idée est de créer chacune un bonhomme en pâte à modeler. Naelle prend la pâte mais dit ne pas savoir comment faire pour fabriquer un bonhomme. Elle parle beaucoup, explique que c'est compliqué, qu'elle ne voit pas comment faire. Elle retourne la boule de Pâte à modeler dans ses mains sans la malaxer, la triturer ou jouer avec. Elle semble bloquée sans pouvoir réaliser le bonhomme. Nous commençons alors chacune à faire nos modelages, Naelle regarde ce que nous produisons et me demande comment je fais des boudins avec la pâte. Elle entreprend de faire comme moi pour débiter une partie du corps mais elle s'arrête très rapidement en disant qu'elle ne peut pas y arriver. Elle demande alors une feuille de papier à la psychomotricienne pour pouvoir dessiner dessus. Elle garde un petit sourire sur le visage et semble gênée par cette demande. Elle qui avait fait un bonhomme-bâton lors du bilan, le dessine ici en épaisseur par nécessité. En effet il lui permet de s'appuyer dessus pour fabriquer le bonhomme en pâte à modeler. Elle s'y reprend à plusieurs fois, évalue la taille que le bonhomme doit faire, retravaille son épaisseur et une fois le dessin fait, elle n'a plus qu'à remplir le corps de pâte à modeler en la faisant tenir entre les contours dessinés. C'est seulement ainsi qu'elle se sent suffisamment soutenue et qu'elle parvient en définitive à réaliser son modelage.

Naelle a donc beaucoup de mal à pouvoir représenter ce bonhomme avec la pâte à modeler mais elle a suffisamment de ressources pour trouver seule une solution. Elle utilise le dessin pour combler un besoin d'étayage qui semble impératif pour pouvoir réaliser ce bonhomme. C'est ainsi qu'elle donne l'impression d'accéder au besoin de structure qu'elle recherche. J'ai alors le sentiment qu'elle ne peut pas se représenter son corps en volume et qu'il lui faut un contour extérieur. Le dessin sur lequel elle s'appuie permet des traits précis et une forme peut-être plus nette. Je pense aussi au fait qu'un bonhomme en pâte à modeler doit être mis en forme à partir d'une simple masse à pétrir. Ainsi, ce corps modelé à tâtons peut lui renvoyer l'image du remodelage de son propre corps suite à ses différentes opérations.

Après ces premières séances je m'interroge sur l'investissement que Naelle a de son corps. Elle doit cacher son handicap sur les conseils de sa maman. Il doit être compliqué de construire son estime de soi et d'investir un corps dont il faudrait avoir honte. De surcroît, est modifié en permanence par différentes opérations chirurgicales. Le réflexe est-il alors de se couper de ce corps source de mésestime ? Ou de l'investir autrement ? Je me demande alors comment on peut accompagner Naelle dans l'investissement affectif de son corps et l'amener à l'éprouver afin de libérer son esprit qui semble envahi.

Lors de la séance suivante, un temps se déroule autour du miroir. Naelle demande de le cacher dès son arrivée, elle dit que « sinon je ne pourrai pas m'empêcher de m'y regarder ». La psychomotricienne joue alors avec elle autour de ce miroir. Toutes les deux proches, elles font des grimaces, examinent leurs visages mutuels et jouent avec les mots face à ce miroir. La psychomotricienne propose ensuite, comme lors de la fois précédente, de passer le ballon puis la balle à picots sur son corps. Naelle semble peu réceptive à cette proposition. Ma maître de stage l'encourage et Naelle accepte finalement d'effectuer ce temps de détente, mais à la fin de celui-ci, elle n'est pas en mesure d'en dire quoi que ce soit. Elle ne parvient pas à exprimer si c'était agréable ou non, si les balles étaient dures, molles ou piquantes ou encore si elle a aimé ou non. Est-ce qu'elle n'a pas accès à ses ressentis ou est-ce qu'elle ne peut pas en parler, leur expression étant trop compliquée ?

Elle choisit ensuite une nouvelle fois de jouer à un jeu de société : le Dixit. Ce jeu qui fait appel à de l'imagination pour créer des histoires, cela lui demande beaucoup d'efforts. Elle décide alors d'arrêter le jeu et demande des figurines en couleurs représentant

des animaux. Elle s'applique ensuite à les classer par couleur ou par famille sans vraiment créer d'histoire.

À la fin de cette séance Naelle explique que se sont ses parents et les médecins qui décident pour elle des opérations qu'elle doit subir sans qu'on lui demande jamais son avis. Elle donne l'impression de ne pas pouvoir être maîtresse d'un corps finalement modelé par d'autres, ces opérations étaient toutefois probablement nécessaires. Elle semble surtout ne pas avoir pu se les approprier autrement que dans le discours fonctionnel entendu. Ma maître de stage lui propose alors de travailler ensemble pour apprendre ce qui est bon pour elle, tout en respectant son corps et lui permettre d'exprimer ses propres choix.

3.5. Évitement du corps agi

Lors de la séance suivante, Naelle n'est plus en fauteuil roulant depuis quelques temps. Elle se déplace avec son attelle, de plus en plus habilement. Pleine d'énergie, elle marche vite, en boitillant. Elle me dit rapidement, sur un ton fier, que son séjour à la MPR pédiatrique est raccourci car elle a bien progressé dans sa rééducation. Je l'interroge sur la séance précédente, elle me raconte que « le temps avec les balles c'était bien mais pas trop » et qu'elle ne souhaite pas reproduire l'expérience aujourd'hui. Elle va rapidement chercher des jeux dans le placard. Est-ce pour être sûre que je ne vais pas insister et lui proposer autre chose de corporel ou bien pour utiliser quelque chose qu'elle connaît ? Elle prend les figurines d'animaux avec lesquels elle jouait à la fin de la séance précédente. Elle les classe une nouvelle fois selon les couleurs puis commence à proposer des jeux pour chaque groupe tels que cache-cache, 1,2,3 soleil... Comme je l'ai vu pleine d'entrain au moment où je suis allée la chercher dans le service, je lui demande si elle veut faire ces jeux « en vrai » ce qui lui permettrait de se mettre davantage en mouvement. Elle semble trouver des excuses pour qu'on ne vienne pas toucher au corps ou le mettre en action. Elle préfère rester au bureau où nous continuons le jeu. Elle est bien engagée dans l'activité, debout contre le bureau en utilisant tout l'espace disponible sur celui-ci. Nous jouons ensemble pouvant co-construire des petites histoires. Elle m'imité et nous prêtons nos voix aux différents personnages. Cependant les histoires sont très collées à la réalité et prennent vite fin. Naelle montre peu d'imaginaire dans ses mises en scènes, et dès qu'elle s'en rapproche elle s'arrête aussitôt, bloquée dans son élan. J'essaie d'alimenter ses élans imaginatifs mais elle ne s'en saisit pas.

La séance s'achève, nous retournons ensemble à sa chambre et elle me demande si elle doit faire du « kinetech ». Il s'agit d'une partie de sa rééducation kinésithérapeutique qui se déroule à des moments précis dans la journée. Ce n'est pas le moment mais elle préfère s'en assurer pour ne pas perdre de temps dans sa rééducation. Elle est très sérieuse et souhaite la faire au mieux. La progression semble à tout prix être recherchée car elle est signe de retour à la maison et de diminution de son handicap. En effet cette progression est essentielle pour qu'elle reprenne la marche. L'amélioration d'un corps fonctionnel n'est pas la visée de la psychomotricité, cependant nous nous appuyons dessus afin d'aborder le versant de l'investissement affectif du corps. L'approche peu rééducative et plus vécue du corps, pourrait expliquer le peu d'investissement des enfants.

À la séance suivante, lorsqu'elle arrive, Naelle décide rapidement de prendre les bulles. Elle en fait quelques-unes, les éclate. Avec ma maître de stage nous la rejoignons dans ce jeu quelque temps, puis rapidement nous essayons de le transformer pour en faire quelque chose de corporel, autour des ressentis. Je ressens alors une sorte de pression et je m'aperçois que je ne peux pas laisser ce moment tel quel. J'ai l'impression de devoir y apporter quelque chose. Est-ce le signe que je suis prise dans le rythme de l'institution qui vise à un résultat rapide car je sais que je la verrai peu de fois. Ainsi la psychomotricienne propose de faire des plus grosses bulles pour travailler sur la régulation de la respiration. Naelle fait plusieurs tentatives mais n'y parvient pas. Elle semble avoir un fond tonique trop haut comme nous avons pu l'observer lors du bilan. Elle ne parvient pas à le réguler et se lasse vite. Il est très dur d'apporter de la variation dans ce jeu, mais rien ne se crée ou ne se transforme. Elle laisse peu de blanc, comble les espaces vides en comptant les bulles ou en nous demandant d'en faire. Elle nous regarde et lorsqu'elle voit que nous allons proposer autre chose elle s'empresse de refaire des bulles. J'ai l'impression qu'elle remplit l'espace pour nous éviter de lui faire d'autres propositions qui la mettraient en difficulté. Je ressens un sentiment de vide lors de ce jeu ou rien ne peut se construire, je me demande si c'est ce qu'elle peut ressentir parfois de son côté.

Je lui propose de changer de jeu, Naelle acquiesce et reprend des personnages pour y jouer sur le bureau. Elle échappe encore une fois aux propositions de mise en jeu du corps et tente peut-être de reprendre le contrôle de la séance et éviter ainsi d'aller vers ce qui est difficile. Nous regardons tout ce qu'il est possible d'utiliser en découvrant ensemble les personnages et les possibilités de la maison. Nous commençons à installer le jeu, Naelle est

concentrée dessus, cherchant à donner une place bien précise à chaque personnage. Elle est peu en interaction et modifie nos propositions. Elle passe beaucoup de temps à installer le décor, la maison, les personnages, sans débiter une histoire. Nous l'incitons avec ma maître de stage à inventer quelque chose en créant une histoire ensemble. Naelle propose des actions très factuelles et peu imaginatives puis elle s'arrête et reprend l'organisation. A-t-elle besoin, ici aussi, d'étayage, d'une structure solide sur laquelle elle puisse s'appuyer et se reposer ? Ou est-elle bloquée dans son imaginaire, sans pouvoir créer d'histoire ? Pour autant, je trouve qu'elle peut faire preuve d'imagination pour éviter nos propositions. La difficile construction des histoires peut-elle alors être en lien avec la construction à tâtons de son corps ?

J'apprends un peu plus tard que cette séance est la dernière que nous ferons ensemble. Nous savions que Naelle allait quitter le service de MPR pédiatrique mais ni elle ni ma maître de stage ou moi-même ne savions exactement quand. Je ressors de cette rencontre, que Naelle est une petite fille dont l'investissement du corps semble compliqué. Elle paraît avoir peu d'estime d'elle-même et une image du corps à questionner. Ses nombreuses opérations ont pu influencer à la fois la façon qu'elle a de se percevoir en tant que sujet et l'investissement de son corps qui doit être remodelé. Comment se l'approprier quand il est constamment modifié, comme objet du corps médical ? Elle paraît par conséquent se réfugier sur une sphère intellectualisée prégnante qu'elle peut maîtriser contrairement aux transformations de son corps.

4. Conclusion de la partie clinique

Lors de ce stage je rencontre deux jeunes filles qui ont un parcours médical lourd. Elles sont toutes les deux porteuses d'un handicap moteur congénital, ce qui implique des opérations avec des soins médicaux et de rééducation en vue de prendre en charge ce handicap. Louise et Naelle sont bien différentes l'une de l'autre, à la fois dans leur histoire de vie personnelle, leur façon d'être et leur développement. Je repère cependant des points communs entre elles.

Le corps semble investi d'une façon bien particulière pour Louise et Naelle, il semble être plutôt laissé de côté, ou abordé sur le plan fonctionnel. Il leur est difficile de l'approcher d'un point de vue éprouvé et de le remettre au-devant de la scène à travers quelque chose de

plus émotionnel et habité. En effet elles laissent paraître peu de choses au travers de leur corps qui reste peu expressif. Les deux ont une attitude assez passive et ont tendance à « rester dans leur tête », à surinvestir la sphère des pensées quand le corps est laissé de côté et a du mal à être habité avec plaisir. Elles paraissent alors tenter de contrôler leurs émotions peut-être entre autres pour compenser une absence de maîtrise corporelle. Celui-ci est en effet pris en charge par les médecins qui souhaitent « réparer » leur corps atypique. Ces opérations sont essentielles pour ces patientes mais peuvent les amener également à laisser de côté leur corps habité pour les supporter. S'intéresser alors au corps vécu viendrait toucher aux émotions qu'elles gardent sous leur contrôle.

Elles présentent donc un investissement particulier de leur corps qui peut être mis en lien avec leur parcours médical. Grandir dans un environnement très fonctionnel où seules certaines parties du corps sont touchées dans le but d'être modifiées, reformées, tel un objet à remodeler, peut effectivement mettre à mal la façon de construire une représentation de leur corps propre, unifié et affectivé. Les jeunes filles que je présente ont donc subi de nombreuses opérations depuis leurs premiers âges. Comment leur permettre d'investir et de réunifier en psychomotricité un corps entravé, abîmé et réparé ?

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

1. Un corps en souffrance

1.1. Un corps entravé

1.1.1. Définition du handicap moteur congénital

La loi française du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit le handicap ainsi :

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

Cette définition touche un large panel d'étiologies, avec en toutes circonstances, la notion importante d'atteinte sur la vie de l'individu. Le handicap désigne en effet la diminution des possibilités d'interaction et de relation à l'autre et au monde. Le terme handicap désigne donc légalement les conséquences d'une pathologie, bien qu'il soit aussi couramment employé pour désigner la pathologie. Ce que la définition ne précise pas ce sont les conséquences et le parcours médical qu'il induit.

Cette loi différencie plusieurs catégories de handicaps (moteur, sensoriel, mental, cognitif et psychique.) Pour parler de Louise et Naelle, je m'intéresse donc au handicap moteur.

Celui-ci se définit comme recouvrant « l'ensemble des troubles (troubles de la dextérité, paralysie, ...) pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes) ». (Hôpital.fr, 2015)

Les causes d'un handicap moteur sont variées (maladie acquise ou génétique, malformation congénitale, traumatisme dû à un accident, vieillissement...). Louise et Naelle

présentent toutes les deux des handicaps congénitaux, c'est-à-dire présents dès la naissance. Elles ont donc grandi et ont construit leur développement avec ce handicap et ce qu'il induit en termes de prise en charge médicale (Delcey, 2002). En effet, les deux pathologies dont souffrent ces patientes entraînent des interventions médicales et chirurgicales importantes et répétées depuis les premiers âges de vie.

1.1.2. Louise, atteinte d'une dysplasie congénital de hanche

Louise souffre d'une dysplasie de hanche. La hanche, articulation entre le fémur et le bassin, est alors luxée ce qui signifie que la tête fémorale est mal positionnée dans la cavité du bassin : le cotyle (Paillard, 2019). Cette pathologie nécessite un dépistage précoce néonatal systématique qui perdure jusqu'à l'acquisition de la marche. La dysplasie peut s'expliquer par un cotyle du bassin trop petit, une tête fémorale trop importante ou encore l'association des deux. (Haute Autorité de Santé, 2013)

Le premier traitement consiste en une traction (ou technique Sommerville-Petit). Un poids de plus en plus lourd est relié à la jambe afin de permettre au fémur de se repositionner correctement dans le cotyle. Cette pratique progressive dure environ deux à six semaines. Lorsque ceci n'est pas suffisant, une chirurgie conservatrice de hanche est proposée. Cette opération, aussi appelée butée de hanche, vise à mieux répartir les pressions sur le cartilage de l'articulation et à augmenter la taille du cotyle. Cette zone supportant le poids du corps étant réduite, les pressions mises sur le cartilage sont plus importantes ce qui l'abîme plus rapidement et provoque des douleurs, des enraidissements et une claudication. Si elle n'est pas prise en charge, cette malposition peut aboutir à de l'arthrose et nécessiter un remplacement par une prothèse. (Paillard, 2019)

La rééducation qui suit cette intervention nécessite la mise en place d'une traction, comme expliqué précédemment, puis la reprise progressive de la marche en travaillant notamment sur l'articulation et le renforcement musculaire pour permettre peu à peu à la jambe opérée de supporter le poids du corps. Cette opération a un bénéfice de 15 ans avec un bon pronostic puisque les douleurs et la boiterie disparaissent la plupart du temps dans les six mois et les activités quotidiennes peuvent être reprises dans l'année. (Paillard, 2019)

La dysplasie de hanche de Louise se caractérise par un cotyle du bassin mal orienté et trop petit ainsi qu'une tête du fémur large. Cette accumulation de difficultés font que Louise a eu plusieurs séjours hospitaliers, depuis l'âge de 1 an, pour prendre en charge cette

luxation. Elle a ainsi eu un premier traitement orthopédique avec utilisation des tractions lors d'une hospitalisation de 6 mois entre l'âge de 1 an et demi et de 2 ans, puis une opération à 3 ans. Ces deux interventions ont entraîné un alitement prolongé et une immobilisation d'une partie du corps. (Paillard, 2019)

Ces hospitalisations interviennent très jeune, à l'âge où de nombreuses expériences et découvertes du corps se font pour se construire progressivement en tant qu'individu à part entière. Puis une nouvelle hospitalisation se fait une fois adolescente, moment de grands remaniements autant physiques que psychiques et donc de fragilité avec une remise au travail de l'image du corps.

1.1.3. Naelle présentant une ectromélie longitudinale latérale

Naelle souffre de son côté d'une ectromélie longitudinale latérale. Il s'agit de l'absence congénitale totale ou partielle d'un ou de plusieurs membres, due à un problème de morphogénèse entre la 5^e et 8^e semaine de développement intra-utérin (c'est-à-dire au moment de la modification des membres) ce qui induit le défaut ou l'arrêt de formation du membre. L'ectromélie longitudinale latérale (ou externe), aussi appelée hémimélie fibulaire, touche la partie latérale du membre. (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, 2019)

Le pronostic fonctionnel dépend principalement des atteintes associées. En général le tibia est présent mais atrophié et convexe. Le pied est également malformé avec absence d'un ou plusieurs orteils. Des chirurgies sont proposées pour prendre en charge les différentes zones de la jambe : une correction du pied pour le repositionner puis un programme d'égalisation des deux jambe pour corriger l'asymétrie. L'allongement de l'os nécessite un fixateur externe, appareil fixé autour de la zone sectionnée de l'os par des broches permettant l'allongement progressif de l'os qui se reforme peu à peu. (Maunoury, 2015)

La rééducation fonctionnelle de l'allongement de la jambe vise à récupérer les amplitudes articulaires et à renforcer les muscles pour se verticaliser et retrouver ainsi un appui progressif, puis la marche avec une attelle. (Maunoury, 2015)

Naelle a eu pour le moment cinq interventions depuis l'âge de 1 an, pour redresser son tibia et son pied, pour stabiliser l'articulation du genou et enfin allonger son tibia. Chacune de ces opérations est suivie d'un temps de convalescence.

1.1.4. L'empreinte du handicap

Il est important de noter que chaque enfant est singulier et réagira à l'intervention médicale différemment, en fonction de sa pathologie, de son handicap et de son environnement. Je tenterai toutefois ici de dégager les points communs entre les situations de Louise et Naelle.

Le handicap entrave les expériences sensori-motrices de l'enfant du fait des atteintes corporelles et la répétition nécessaire à l'intégration des expériences motrices peut être limitée. Pourtant les différentes sensations extéroceptives, proprioceptives et kinesthésiques à l'occasion de ces expériences mises en jeu durant le développement, favorisent la connaissance de son corps propre ainsi que son appropriation. Ces expériences participent également à l'élaboration du psychisme et lorsqu'elles sont limitées, l'enfant se retrouve en difficulté pour élaborer sa vie psychique. En effet, il n'a pas les capacités pour se représenter son corps et son environnement et est souvent sujet à de nombreuses angoisses. Ces problématiques sont réactivées par les temps d'hospitalisation qui immobilisent et limitent le sujet dans ses explorations. De plus l'individu doit se réadapter à un corps reformé, remodelé.

Bissouma nous explique que le handicap moteur marque l'altérité, la différence, à cause de ce corps non conforme au modèle de développement classique ou même à l'idéal de soi. De plus, les traitements mis en œuvre amènent une relation particulière au corps. Ils imposent de le penser en fonction de l'atteinte réelle, somatique qu'il présente. Ce corps, et en particulier la partie altérée qui est sur le devant de la scène, devient le centre d'intérêt de tous. Des parents, qui doivent le prendre en compte, des tiers qui le regardent et des médecins qui le prennent en charge. Par conséquent il devient l'élément central pour le sujet car ce handicap prend, par l'attention qu'il requiert, une place prépondérante dans sa vie. Alors l'atteinte de ce corps sur lequel s'établit le psychisme peut donner une impression d'un corps vécu comme gênant. (2015)

Bissouma nous dit que ce corps peut être perçu comme défaillant, gênant peut par conséquent malmener l'image de soi. Il est difficile de se percevoir comme « bon » avec un

corps « mauvais ». Cela souligne donc l'importance du corps dans la construction identitaire et comment celle-ci s'effectue pour Louise et Naelle qui vivent avec un handicap pouvant altérer l'image de soi. (2015)

1.2. Un corps abîmé

1.2.1. Construction d'un corps à soi

Le sentiment d'avoir un corps à soi et que l'on contrôle repose sur des mécanismes psychiques de différenciation, de séparation et d'appropriation. C'est une construction quotidienne pour le bébé. Avoir un corps, l'éprouver comme étant le sien passe par la dépendance et une progressive individuation pour lui permettre d'investir sa vie pour lui.

Dans les premiers temps, la mère est dans une relation de très grande proximité avec son bébé, elle comble ses besoins corporels dans une relation étroite où elle donne un sens aux éprouvés de son bébé. Les échanges réciproques qui se créent entre la mère et son enfant, la nourriture psychique qu'elle lui apporte, les soins enveloppants et adaptés permettent que le bébé et la maman se sentent en mesure de se différencier progressivement. L'enfant s'éloigne peu à peu en se séparant de la figure maternelle afin d'occuper son corps et le faire sien. Il s'individualise pour devenir un être à part entière, maître de son corps, qu'il éprouve comme le sien. Puis il s'approprie son corps par son autonomie grandissante et ses expériences diverses et variées qu'il fait. Cela lui permet alors d'investir sa propre vie et de devenir « sujet de son désir, être vivant, différencié et séparé. » (Potel, 2010d, p. 79). Chaque expérience, amène à découvrir son corps et à construire une représentation de plus en plus fournie de celui-ci. Et comme S. Robert-Ouvray le précise, selon elle le psychisme s'élabore à partir d'une organisation motrice de base. (1993/2010)

Le handicap moteur restreint les expériences de l'enfant. Celui-ci est limité dans son exploration par les déficits qu'il présente, mais également par le parcours de vie particulier qu'impose son handicap. Louise et Naelle passent beaucoup de temps dans des services hospitaliers depuis leur plus jeune âge. Elles sont immobilisées suite à leurs opérations ce qui gêne grandement toute exploration nourrissant l'image et la représentation de soi.

Le handicap prolonge la dépendance, l'autonomisation est plus compliquée, les parents ont plus de mal à laisser seul leurs enfants handicapés. Une forme de dépendance au monde médical s'instaure également. Il est difficile de construire un corps à soi quand il est

confié et modifié par d'autres qui prennent des décisions sur ce corps qui leur permet d'être au monde. Comment peut se construire l'intimité et l'individualité dans ce cadre ?

1.2.2. Construction de l'image du corps

Selon Schilder, l'individu va donc se construire une représentation de lui, une image de son propre corps dans son esprit. Il l'explique par « la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même » (1968, p. 35). Il construit sa théorie sur l'image du corps et le schéma corporel à partir des données neurophysiologiques. Schilder met ainsi en évidence qu'éprouver un corps unifié passe par l'intégration de différentes données sensorielles kinesthésiques, intéroceptives, tactiles et visuelles. Il rapproche les notions d'image du corps et de schéma corporel. Ils donnent, selon lui, la possibilité de connaître notre posture, nos mouvements et de localiser notre corps dans l'espace. Schilder précise que ce « modèle postural de notre corps », comme il l'appelle, se développe tout au long de l'existence et est en perpétuel remaniement en fonction des événements de vie. Ainsi il insiste sur le fait que ce qui concerne le corps est également du domaine de l'affectif et du relationnel. (1968)

Françoise Dolto parle, elle, d'image inconsciente du corps qu'elle distingue plus nettement du schéma corporel, tout en insistant sur leur interdépendance. Elle précise que le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, il est donc une réalité physique identique pour tous les individus de l'espèce et se structure par l'apprentissage et l'expérience. L'image du corps, quant à elle, est propre au sujet puisqu'elle est liée à son histoire. Elle est vivante et se structure au fur et à mesure de l'évolution de la personne en relation. Cette image du corps éminemment inconsciente traduit ainsi l'investissement du corps. Dolto distingue 3 modalités qui montrent le désir d'être du sujet :

- L'image de base, qui permet d'avoir une perception unifiée de soi pour se sentir toujours le même malgré les changements que le sujet connaît.
 - L'image fonctionnelle qui est le lieu où le désir naît et où se font les expériences de plaisir ou de déplaisir.
 - L'image érogène qui est une représentation d'une image fonctionnelle par une forme.
- (1992)

Dolto évoque une image du corps d'un point de vue psychique. Il faut également noter la façon dont elle influence ce corps qu'elle représente. Ainsi, selon Nasio, « l'image n'est pas seulement le reflet d'un objet réel, elle est surtout une instance psychique qui

change et modifie l'objet réel dont elle est le reflet » (1993). Cela est alors en adéquation avec les neurosciences.

Lesage se concentre également sur aspect physique dans sa manière d'appréhender l'image du corps. Il en parle comme d'un processus qui témoigne de la posture du sujet en mouvement et en relation et sur lequel le psychisme s'appuie. L'image du corps est en effet en perpétuelle réadaptation au gré des expériences du sujet. Le contexte influence également cette perception de nous-même et notamment l'environnement affectif. (2012)

Lesage insiste sur la notion d'une corporéité comme condition essentielle de l'existence. Il s'appuie ainsi sur Chirpaz qui précise que le corps n'est pas une chose, il est soi, et non un simple outil. Il nous permet d'exister au monde. Ainsi il associe la notion d'image du corps au sentiment de soi qui selon lui se fonde « sur une intégration corporelle et se définit dans une dynamique interactionnelle » (Lesage, 2012, p. 51). Il indique que celui-ci devient « une certaine image de soi, mais aussi une certaine idée de soi, avec une composante cognitive de représentation, qui transcende donc la notion d'image du corps. (2012, p. 55) Lesage insiste ainsi sur l'importance de la dimension corporelle dans l'image de soi, et souligne que « nos façons d'être, de nous présenter, de ressentir, sont portées, façonnées et modulées par leur ancrage corporel. » (2012, p. 55)

L'image du corps concerne donc les sentiments éprouvés pour son corps et la représentation mentale de soi en lien avec les diverses expériences qui ont lieu durant le développement de l'enfant. Le handicap et les différentes hospitalisations modifient ces expériences, de ce fait, avec l'atteinte corporelle qu'ils induisent, cela a pu mettre à mal leur image du corps en construction. Louise et Naelle semblent alors investir leur corps d'un point de vue fonctionnel avec l'envie de le prendre en charge pour agir sur leur handicap.

De plus les suivis médicaux que leur handicap implique amène à « reformer » le corps pour diminuer ce handicap. Cela entraîne une mémoire corporelle plutôt douloureuse et instable.

Louise et Naelle, ont, semble-t-il, un corps abîmé, une image de lui-ci entravée par leur parcours de vie. Lorsqu'il s'agit de se décrire, ces deux patientes sont plutôt avares de mots et ont tendance à ne se décrire qu'en termes fonctionnels. Lorsqu'il leur est demandé de préciser des ressentis, des affects, elles semblent y avoir accès difficilement ou ne pas vouloir les partager. Lorsque Naelle fait le dessin du bonhomme, elle s'applique tout

particulièrement à réaliser sa “petite jambe” quand le reste est fait rapidement. Tente-t-elle ici de d’intégrer une représentation de sa jambe, formée et reformée maintes fois ?

Lors du dessin du bonhomme, Louise ne dessine qu’un visage dans un premier temps, puis lorsque cela lui est demandé, elle fait un corps entier. Elle s’est particulièrement appliquée pour réaliser le visage, elle le fait assez gros, au centre de la feuille, prenant soin des détails, gommant, repassant, prenant son temps. Mais pour réaliser le corps en entier elle le fait très rapidement en quelques coups de crayons dans un coin du papier. Le corps est vide, ni visage, ni habit, il s’agit d’une silhouette. Ce corps ne semble pas habité, pas vivant. Elle à l’air de se concentrer sur son visage mais peu sur son corps.

La représentation que Louise et Naelle ont d’elles et la façon dont elles investissent leur corps pose la question suivante : ont-elles pu intégrer un corps propre affectivé dans lequel elles ont confiance et qui s’établit sur des bases solides ? Pour elles, les événements de vie impactent le développement de leur image du corps, avec l’idée d’un corps partagé, modifié, atypique, limitant les expériences et amenant une représentation de soi objéifié pour leur bien devant mettre de côté leurs éprouvés. Leurs corps sont en effet partagés avec d’autres, qui s’en occupent, mais aussi coupés en deux entre leur aspect fonctionnel investi et leur aspect vécu désinvesti.

1.2.3. Le regard de l’autre

L’image du corps se construit également à travers le regard de l’autre. Ainsi selon Guillaumin le bébé s’accroche au regard de sa mère qui lui fournit un contenant qu’il intègre. Son regard chargé d’affects permet au bébé de s’approprier son corps (1989). Le regard de la mère renvoie à l’enfant un premier reflet de lui-même, ébauche d’une première conscience de soi (Roussillon, 2009). Puis avec le stade du miroir, l’autre permet à l’enfant de percevoir une image de son corps unifiée par l’image spéculaire. Ceci est en effet permis par la confirmation essentielle de cet autre. Cela lui renvoie que c’est bien lui qu’il aperçoit dans le miroir et il peut alors s’identifier à son reflet (Levaque, 2010). J. Riou explique que « l’homme s’identifie à son image, s’y voit comme un autre et avec les yeux d’un autre. Il s’appréhende de cette façon comme un être incarné exposé au regard de tous. Ce dédoublement fonderait la conscience qu’il a de lui-même. » (2004, p. 24). La construction d’une représentation de soi passe donc par le regard de l’autre qui lui sert de miroir.

Le handicap implique une considération et un regard différent de la part des autres. Ainsi, c'est certainement pour cette raison que la maman de Naelle ne souhaite pas que les autres voient son handicap et qu'elle demande à sa fille de le garder caché. Pourtant il se devine en partie puisqu'elle boite. Korff-Sausse nous dit en effet que « les représentations individuelles et collectives suscitées par le handicap, aussi bien chez le sujet lui-même que chez ceux qui le regardent et ceux qui le soignent, continuent à favoriser sa dévalorisation narcissique. » (2010)

Il entraîne également un regard particulier sur ce handicap par le corps médical. Celui-ci s'intéresse tout particulièrement à la zone à opérer limitant la perception globale du corps du sujet, qui peut renvoyer un vécu de non-unité. Cela peut cliver le corps entre une partie sur laquelle il faut se concentrer, plus investie et « le reste », désinvesti. De ce fait il peut être difficile de s'approprier un corps à soi, unifié, et affectivé.

Pour Naelle, Le regard prend une place importante dans son rapport au miroir. Lors des séances, elle regarde souvent le miroir. Elle dira d'abord qu'il faut le cacher, sinon elle ne peut s'empêcher de s'y regarder et joue plusieurs fois à le cacher avec le rideau. Puis, lors d'une autre occasion, avec ma maître de stage, elles passeront plus de temps devant ce miroir pour s'y regarder. Cependant, seul le visage était observé durant ce moment et le corps, lui, laissé de côté. Quel regard a été porté sur elle ?

J'observe que Louise a souvent un regard fuyant lorsqu'elle s'adresse à nous, elle me donne l'impression qu'elle a peur qu'on lise en elle. En effet, avec ma maître de stage, nous regardons son corps comme un tout, un corps global, vécu et habité, et pas uniquement son corps fonctionnel à rééduquer. Ce regard peut être vécu difficilement pour Louise qui n'en a pas forcément l'habitude de la part des professionnels de la MPR pédiatrique. Cela peut éventuellement lui donner l'impression que l'on perce sa carapace tonique.

1.3. Un corps réparé

1.3.1. Un environnement fonctionnel : entre corps-objet et corp- sujet

L'univers chirurgical, médical et de rééducation représente une parenthèse dans le quotidien de l'individu. Un temps d'arrêt hors des repères familiaux et environnementaux du sujet l'obligeant à une immobilité en raison des actes chirurgicaux. Cet univers est celui de la réparation, prise en charge indispensable à la santé et au bien-être des individus. Il

permet de réparer le corps afin de pouvoir ensuite donner la possibilité au sujet de se sentir bien dedans. Mais il est aussi relié à la manipulation du corps qui peut être perçue de façon plus ou moins violente selon les personnes et les situations. Le sujet ne devient plus le seul propriétaire de son corps, il en donne également l'accès aux médecins qui détiennent les clés de sa restauration. Ces interventions font perdre la jouissance exclusive qu'a le sujet de son corps et par conséquent une relation différente à celui-ci avec de nouvelles représentations. Ce partage du corps est essentiel pour que le médecin, le chirurgien puissent intervenir à l'aide d'un savoir médical que le patient n'a pas. Mais cette asymétrie place ce dernier dans une situation de dépendance et transforme un corps-sujet en corps-objet à réparer pour les médecins. Le risque est alors de le voir disparaître derrière une pathologie ou réduit à la partie traumatisée de son corps. Il faut alors prendre soin en parallèle de le considérer comme un individu unique, inscrit dans une histoire personnelle et médicale (Bissouma, 2015)

Il est nécessaire que le corps médical intervienne sur le corps du patient. Cependant cette habitude de laisser son corps entre les mains d'autres personnes, même si c'est pour prendre en charge le handicap, amène forcément un vécu particulier. Ainsi, dans leurs réponses, Louise comme Naelle m'apparaissent souvent passives. Elles vont facilement dans le sens des professionnels de la MPR pédiatrique. Toutefois, lorsqu'on leur en donne plus longuement la possibilité, elles peuvent proposer un avis différent, qui leur appartient. Elles me donnent l'impression de ne pas être habituées à la prise en compte réelle de leur opinion et semblent alors ne plus être seules actrices de leurs choix et de leur corps. En effet, le monde médical intervient sur ce dernier à plusieurs reprises pour le transformer, avec des opérations essentielles dans le but de diminuer le handicap. Naelle précise d'ailleurs, lors d'une séance, qu'elle n'a pas demandé toutes ces opérations, dont elle connaît l'importance, mais que sa famille et les médecins ont décidé pour elle. Ce corps partagé peut à terme amener Louise et Naelle à mettre de côté leur individualité et leur capacité à s'opposer. L'intimité du corps propre mise ainsi en péril peut modifier la façon qu'elles ont de l'investir.

Cette réification du corps le réduirait à un simple contenant, une boîte, un réceptacle. Pourtant la façon d'appréhender cette enveloppe influence bien le psychisme du sujet, son identité et la perception unifiée qu'il a de lui, car au-delà d'avoir un corps, nous sommes ce corps. Celui-ci peut alors être considéré comme un corps de besoins, symbolisant la dépendance aux autres avec le risque d'un désinvestissement de son corps propre (Reich, 2009). Simone Korff-Sausse en parle et dit : « lieu de soins et de rééducations, objet

d'examens et manipulations des adultes, ce corps échappe à l'enfant, comme une chose étrangère, qu'il doit se réapproprier. » (2010)

Toutefois les différentes interventions permettent aussi de conduire à la diminution du handicap. Louise peut marcher avec moins de blocages et de douleurs, puis retarder une opération encore plus lourde de prothèse de hanche. Naëlle, à force d'opérations, pourra voir son handicap se réduire avec une jambe allongée au maximum et un impact moins important sur sa vie future. Cependant, s'occuper du handicap moteur localisé implique une difficile vision holistique pour les médecins. Ainsi nous pouvons retrouver dans le service de MPR pédiatrique différents professionnels pouvant croiser leurs regards pour avoir une vision la plus complète possible du patient. En touchant le corps-objet, le corps-sujet est forcément abordé. Mais alors que ce corps-objet tend à être réparé est-ce que le corps-sujet connaît les bienfaits de ces interventions mécaniques ? La présence d'une psychologue et d'une psychomotricienne permet de prendre en charge cette partie du sujet qui ne peut être abordée par le corps médical. Mais les patients sont-ils prêts à cet autre type de prise en charge, ne touchant pas à la rééducation de leur handicap, mais abordant leurs angoisses et leurs défenses ?

Selon Marzano « l'être humain est une personne incarnée : sans corps, elle n'existerait pas » (2009, p. 8) mais il ne peut être réduit à sa simple matérialité (Bissouma, 2015). Ainsi la notion de corps vécu désigne donc autant le corps que le psychisme. Il ne s'agit pas d'un simple corps anatomique et physiologique mais c'est aussi la façon dont nous nous le représentons à travers sa propre image (Ancet, 2010) Il faut donc, au-delà de la prise en charge médicale et rééducative nécessaire, prêter une attention particulière au corps vécu.

1.3.2. La question du toucher

Par les expériences corporelles et les sensations que la peau perçoit, elle est un appui pour la construction du moi, de la subjectivité et de l'identité propre. Pour expliquer comment cette construction s'opère, Anzieu décrit huit fonctions au Moi-peau, qui selon lui se structure à partir de ces expériences sensorielles. Celle de maintenance et de contenance, par les soins maternels. Corps et psychisme sont ainsi contenus et maintenus dans une peau-sac avec une enveloppe qui en pose les limites. Il présente également la fonction de pare-excitation qui filtre et protège des excitations externes et internes. La surface qu'offre la peau

permet d'y inscrire les informations sensorielles sources de représentations, formant ainsi une mémoire corporelle. La fonction d'inter sensorialité permet de relier les différentes afférences sensorielles pour en élaborer une représentation globale. La sixième fonction est la capacité du Moi-peau qui permet l'individuation. Il met en place une différenciation entre le dedans et le dehors et permet au sujet d'avoir un sentiment d'individualité. Il offre une réserve d'énergie, une recharge libidinale pour mettre l'organisme en mouvement. Enfin la fonction de sexualisation permet l'accès au plaisir multisensoriel. Ces fonctions pointent du doigt les nombreux affects reliés au Moi-peau. (Anzieu, 1985)

Le corps est donc, entre autres, une surface d'inscription qui va garder des traces des différents éprouvés corporels. Louise et Naelle peuvent alors avoir gardé les traces des nombreuses interventions médicales, traces qui font ressentir qu'une amélioration du handicap est possible, mais qui sont également douloureuses.

La peau revêt donc une importance majeure et celle-ci va notamment se structurer par le toucher qui contribue au soutien de l'enveloppe psycho-corporelle. En effet « l'identité personnelle n'a de substance et de structure que pour autant qu'elle est fondée sur la réalité des sensations du corps » (Montagu, Leboyer, & Erhel, 1979, p. 155). Les sensations sont produites par la mère et conditionnent le bébé, mais le bébé est actif et conditionne également sa mère. Ainsi le handicap de l'enfant pourra influencer l'adaptation du parent.

Nous voyons ici l'importance du toucher et des sensations qu'il amène dans l'élaboration du Moi-peau, qui permet la création de son individualité et d'une représentation de son corps. Les différentes interventions subies par Louise et Naelle, amènent des touchers particuliers, spécifiques et orientés. Ils sont très nombreux et concernent principalement leur jambe dans une visée médicale. Ces touchers peuvent désorganiser le sentiment d'unicité du sujet. En effet, le toucher a cette propriété d'être réciproque. Celui qui est touché, touche l'autre. À l'occasion des différents temps médicaux, Louise et Naelle sont aussi beaucoup touchées par des instruments nécessaires à leur bonne santé. Cela annule cette réciprocité et conduit les patientes à rester dans ce toucher opératoire au niveau de la perception de leur corps, sans parvenir à investir également la perception d'un corps vécu.

1.3.3. Des défenses en réponse à un vécu de handicap et de réparation

Le corps de Louise et Naelle est donc associé à un vécu de manipulation, de transformation, malgré le désir de prendre en charge leur handicap. Cependant, pour se

protéger, se préserver durant le temps de cette réparation, elles semblent avoir mis en place des défenses.

Comme montré précédemment, elles paraissent être dans une position de passivité pour laisser les médecins faire leur travail. Ce qui peut être interprété comme un premier moyen de défense. Passives dans leur corps, leur soumission au soin peut aller dans le sens d'un désinvestissement du corps vécu, pour se concentrer à ce stade, sur un corps fonctionnel important à remettre en marche.

J'ai observé chez Louise et Naelle un rapport particulier à leur corps, un investissement partiel de celui-ci, centré sur leur jambe, lieu du handicap. Intégrer une représentation de soi, avec ce handicap et tout ce que cela signifie de représentations sociales et culturelles, est déjà un effort en soi. De plus leur histoire médicale chargée vient remettre au travail la représentation et l'investissement de soi. En effet les opérations chirurgicales peuvent impliquer une réadaptation de l'intégration de leur image du corps car elles peuvent modifier la représentation de soi (Bissouma, 2015). Nous avons relaté plus haut que l'image du corps est liée à l'histoire du sujet. Laquelle évoque, dans le cas de ces deux patientes, un corps modifié, imparfait, peu stable ou sécurisant, un corps-machine touché pour être remis en fonctionnement. Cela peut alors mettre à mal l'investissement unifié et habité du corps. (Stavrou & Sarris, 1997)

Aulagnier explique que par les sensations, nous pouvons avoir une information soit source de plaisir (« le prendre en soi », qui sera du côté de l'investissement), soit génératrice de souffrance (« le rejet hors soi », lié au désinvestissement) (1975/2003). Le vécu de douleur et de souffrance conséquent à la prise en charge médicale de chacune de ces patientes, peut les amener à désinvestir leur corps.

Dans le cas de Louise j'interroge ce rapport au corps à plusieurs reprises. Le dessin du bonhomme qu'elle fait lors du bilan, représente dans un premier temps un visage unique. Puis la réalisation du corps entier se fait très rapidement. Le corps est vide, ni visage, ni habit, il s'agit d'une silhouette. Elle ne semble pas être investie ni dans le dessin ni dans le temps de réalisation. Elle semble, au contraire, vouloir s'en débarrasser rapidement comme un corps mis de côté. Louise nous donne également peu d'informations affectivées à son sujet. Elle répond à des questions maintes fois posées sur son corps fonctionnel mais elle élabore peu au sujet de ses éprouvés. Elle hausse les épaules, et paraît gênée lorsqu'ils sont

abordés. Elle montre aussi peu d'engagement corporel lors des séances et s'approcher du corps paraît compliqué. En effet, lui demander de se concentrer sur son corps de sensations semble attaquer ses défenses. En ce qui concerne Naelle, son dessin du bonhomme montre un investissement particulier de sa « petite jambe ». Elle s'applique surtout à réaliser cette dernière sur laquelle elle repasse de nombreuses fois quand le reste du corps est dessiné rapidement. Le jeu avec la pâte à modeler interroge sur la capacité à se représenter un corps. Son corps est modifié chirurgicalement pratiquement tous les ans depuis l'âge de 1 an. Quel peut être alors son vécu ? Parvient-elle à avoir une représentation fixe de son corps ? Elle a besoin d'étayage pour réaliser son bonhomme en pâte à modeler. Il doit rentrer dans un moule qui lui donne une forme. Naelle évite soigneusement tout ce qui viendrait toucher au corps physique et affectivé. Les jeux se font principalement au bureau sans vouloir les réaliser en « vrai » et elle préférerait éviter les touchers avec les balles. Elle ne semble pas vouloir amener des éprouvés et préfère rester dans un corps fonctionnel qui doit être réparé. De plus, lorsque Naelle parle d'elle, elle peut évoquer son corps en expliquant avec des mots très scientifiques ses différentes interventions. Cependant, lorsque nous l'interrogeons sur ses ressentis et les notions de plaisir liées au corps, elle paraît bloquée. Son visage est concentré, elle réfléchit beaucoup mais ne peut rien dire d'elle à ce sujet. Elle répond systématiquement par « je ne sais pas » en étant un peu gênée. Louise et Naelle restent donc toutes les deux dans un corps fonctionnel, celui qui fonctionne mieux et qui est vivant, et elles semblent mettre de côté le corps vécu, mobile, relié aux éprouvés.

Ainsi en parlant du corps de façon classique Riou cite Le Diraison et Zernik qui nous disent « j'éprouve mon corps à la fois comme ce que je suis et ce que je ne suis pas. Je ne le suis pas tout à fait puisqu'il peut à chaque moment me trahir, qu'il m'expose au regard des autres et ne tient sous la dépendance de ce qui est hors de moi » (cité par Riou, 2004, p. 26). Et Riou d'ajouter « pour cette raison je tente de le reconquérir par des techniques qui le rendent plus docile ». Il s'appuie une nouvelle fois sur ces deux auteurs en précisant : « je l'instrumentalise : je me l'approprie plutôt que je ne le suis. » (Riou, 2004, p. 26). Cela paraît correspondre tout à fait à ce que je perçois de Louise et Naelle. Une tentative d'appropriation fonctionnelle empiète sur le fait de pouvoir habiter leur corps. Il s'agirait alors d'un investissement partiel, c'est-à-dire uniquement sur un versant fonctionnel et en privilégiant une seule partie du corps sur laquelle il faudrait se focaliser.

Pour continuer à garder une maîtrise de leur corps pris en charge par d'autres, Louise et Naelle semblent se réfugier dans la sphère intellectuelle, seul espace qui leur appartient à elles seules et qu'elles contrôlent. Louise comme Naelle nous disent et nous montrent qu'elles ont « beaucoup de choses dans la tête ». Louise semble se cacher dans ses pensées, elle renvoie une image acceptable mais a des idées envahissantes et douloureuses qu'elle a peur de partager. Se concentrer sur le corps, se détendre, vider sa tête peut alors être angoissant et changer totalement son fonctionnement. Face à ce corps qu'elle n'est pas la seule à maîtriser, elle semble vouloir contrôler ce qu'il se passe dans sa tête. De son côté Naelle prend également soin de nous orienter sur sa sphère cognitive préférée. Elle donne beaucoup d'informations médicales à son sujet, nous bluffe par son intelligence mais ne peut aborder son corps éprouvé.

2. L'approche psychomotrice

2.1. Cadre et spécificité de la psychomotricité dans la structure

2.1.1. Le cadre institutionnel

L'environnement fonctionnel comme celui de la MPR pédiatrique est un lieu où on trouve rarement de psychomotricienne. C'est un environnement très médical, rééducatif et fonctionnel dans lequel j'ai eu du mal, dans un premier temps, à penser la psychomotricité. Comment penser le projet de soin lors de prises en charge qui durent en moyenne dix séances ? Au fur et à mesure de mon stage, et avec l'aide de la psychomotricienne, ma réflexion a cheminé en m'appuyant sur la question du cadre. Le cadre thérapeutique de nos séances s'appuie sur un cadre de fonctionnement institutionnel. Je me suis donc référé, entre autres, à celui-ci pour penser les projets thérapeutiques avec les patients. En effet l'institution a un projet global pour les patients avec une visée spécifique à son domaine d'intervention. Ce projet permet d'établir des règles qui serviront d'appui stable sur lequel les différentes prises en charge du patient pourront se développer. Ainsi chaque professionnel peut y apporter sa spécificité tout en permettant une cohérence globale du soin. (Potel, 2010a)

C'est ce cadre institutionnel, qu'offre la MPR pédiatrique, qui définit la durée de séjour de chaque patient et donc celles de nos prises en charge. Cet espace-temps atypique

pour la pratique de la psychomotricité impose alors une adaptation permanente vis-à-vis du sujet et des soins qui lui sont apportés.

2.1.2. Un cadre thérapeutique atypique

Sur le cadre de l'institution vient s'appuyer celui de nos séances. Le cadre thérapeutique, selon C. Potel, est ce qui « contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (2010a, p. 321). Celui-ci, à la fois solide et souple, repose sur des conditions concrètes en termes d'espace, de matériel et de temps pour offrir des repères au patient. Or, au sein de la MPR pédiatrique nous sommes souvent amenées à modifier le lieu de nos prises en charge entre la chambre du patient, le bureau de la psychomotricienne ou encore une autre salle si celui-ci n'est pas libre. Le lieu n'est donc jamais constant, l'horaire et le jour non plus. Les séances se font en fonction du planning des patients, souvent bien chargé. Mais je pense que nous offrons malgré tout un espace pouvant accueillir les affects du patient dans un environnement contenant où il puisse se vivre dans son corps sur un rythme hebdomadaire régulier. De plus la particularité de notre approche dans cet environnement fonctionnel ainsi que notre cadre interne personnel, permettent d'offrir au patient un cadre thérapeutique contenant.

2.1.3. La spécificité de la psychomotricité

Dans ce service orienté vers la rééducation des corps, la psychomotricité a une place toute particulière. Alors que la plupart des professionnels du service s'attellent à remettre d'aplomb le corps des patients pour qu'ils puissent retourner à leur quotidien le plus vite possible. Nous, nous leur proposons une approche orientée sur le corps vécu et investi. Approches complémentaires, car avant de pouvoir penser le corps il faut prendre le temps de le panser, pour permettre de le vivre avec plaisir. (Thérain, Da Fonseca, Di Cataldo, Ribiere, & Detrez, 2015)

La psychomotricité vient donc apporter sa spécificité offrant au patient une écoute et un regard autre que celui plus fonctionnel des médecins. Ainsi, s'intéresser à ses habitudes de vie, ses centres d'intérêts, ses priorités existentielles, en dehors de la seule description de ses difficultés, permet de percevoir le patient dans sa globalité et de le considérer comme un sujet sans le réduire à son handicap. Comme le disent Van doesburg et Mellièrre, le psychomotricien se focalise alors sur « l'importance accordée au patient dans ce qu'il est et non seulement dans ce qu'il a » (2001). Il offre ainsi une écoute au vécu du patient avec tout

ce qu'il apporte d'affects dans l'ici et le maintenant en tant qu'individu à part entière. « En psychomotricité, le thérapeute est là pour aider le sujet à partir de ce que son corps peut donner à voir et à entendre, à partir des productions qu'il pourra exprimer » (Riou, 2004, p. 131). Comme tous les professionnels présents dans le service de MPR pédiatrique nous portons une attention toute particulière au corps, mais nous proposons au patient une approche différente du corps afin qu'il se le réapproprie pour lui, affectivé et habité.

Je me suis posé la question de la proposition de cette approche chez les patients que je verrai. Je me demande si cette perspective d'un corps éprouvé est adaptée pour eux, dans ce lieu, à ce moment de leur rééducation. Est-ce que cela ne va pas au contraire attaquer de solides défenses mises en place. En effet, j'observe que la plupart de nos patients investissent peu les séances de psychomotricité. Ils y viennent avec peu d'entrain et ne semblent pas de prime abord y mettre de sens. « Pourquoi on ne rééduque pas ma jambe ? », « À quoi ça sert de parler et de se connaître ? », « C'est stupide ! » autant de phrases que j'ai pu entendre suite à l'étonnement que pouvait générer la psychomotricité. Effectivement, lors des séances nous ne proposons pas d'exercices de rééducation et il est vrai également que nous voyons peu les patients. Cependant, permettre de trouver du plaisir dans le corps, faire qu'il ne soit pas associé à un simple « objet à réparer » ou lieu de handicap et de mal-être, me paraît essentiel. Je me dis alors que les réactions de refus que j'ai pu rencontrer peuvent également signifier un mouvement défensif de la part des patients. Toucher un corps autre que fonctionnel, à ce moment-là en tout cas, peut les mettre en difficulté. Il est possible que d'entre eux, et notamment Louise et Naelle, aient cherché à se couper de leur corps ressenti afin de pouvoir mener au mieux leur programme médical, chirurgical et rééducatif. Aller du côté d'un corps plus affectif serait de ce fait, source d'angoisse, d'insécurité, de mésestime renvoyant un narcissisme altéré.

Dès la présentation de ce qu'est la psychomotricité, les défenses peuvent se mettre en place. Nous proposons aux patients de s'intéresser à leur corps pour eux-mêmes. Quel sens cela peut-il avoir quand le corps n'est pas uniquement à soi mais également à tous les professionnels qui interviennent dessus ? Nous leur proposons alors de remettre en question tout leur fonctionnement en abordant un corps affectif. D'autant plus qu'il s'agit d'un séjour qui se veut principalement rééducatif et au cours duquel partager des informations autres que médicales peut sembler incongru. Il faut alors être vigilant lors de nos prises en charge sur ce que cette proposition éveille chez les patients.

2.1.4. Les demandes en psychomotricité

Le service de MPR pédiatrique accueille des enfants et adolescents présentant des pathologies qui impliquent souvent une restriction dans les capacités psychomotrices. Leurs entraves corporelles peuvent entraîner des changements dans la connaissance de soi et le développement de l'image du corps. Des répercussions au niveau de la régulation des émotions, de l'élaboration du psychisme et de leur vie relationnelle pourront alors être observées. Les symptômes mettant en perspective des difficultés à ce niveau orientent la demande de prise en charge en psychomotricité. Ces symptômes pourront s'observer par un fonctionnement psychocorporel globalement altéré. Ils peuvent également mettre en avant les défenses du sujet. Celles-ci peuvent parler d'une souffrance ou d'un mal être. Elles se traduisent alors par le corps quand elles ne peuvent être exprimées verbalement. Mais ce symptôme peut aussi signifier ce que Catherine Potel appelle un « manque à être ». Ce manque marque selon elle une « vraie difficulté à devenir soi, à s'investir comme sujet. » (2010b, p. 224)

Tous les patients, au sein de la MPR pédiatrique, ont des symptômes et difficultés propres en fonction de leur histoire et de leur fonctionnement. L'intervention de la psychomotricienne n'est donc pas automatique et se réfléchit au cas par cas. Cette professionnelle cherchera alors à soutenir leurs expériences corporelles, afin d'amener les patients vers un investissement du corps vécu et habité. « Ces expériences d'exploration motrice et corporelle sont nécessaires pour se construire et pour, malgré le handicap, investir le corps dans le plaisir des sensations et des éprouvés corporels » (Potel, 2010c, p. 196). Elles permettent alors d'aller du côté d'une acceptation de soi.

2.2. La relaxation pour se réapproprier son corps

Lors du bilan nous observons, avec ma maître de stage, un investissement du corps principalement fonctionnel chez Louise et Naelle. En les voyant j'ai l'impression que leur corps leur sert uniquement de « véhicule de l'être-au-monde » (Merleau-Ponty, 1976, p. 111) sans offrir cette présence au monde et sans l'idée que « je suis mon corps » (Merleau-Ponty, 1976, p. 186). Leur histoire de vie chargée d'un point de vue médical, a pu favoriser ce fonctionnement et les amener à éviter l'intégration d'un corps vécu. Comment ce corps entravé, abîmé et réparé que j'ai pu observer chez ces deux jeunes patientes, peut-il être travaillé en psychomotricité ?

Il me paraît important de les aider à pouvoir investir ce corps, leur permettre de l'animer pour le vivre. Une revalorisation de leur corps peut être proposée, car Louise et Naelle nous présentent une image de soi défaillante. Enfin, il est essentiel de permettre à ces patientes de relier des affects agréables à leur corps. Cela, afin de leur montrer qu'il peut devenir une source de plaisir et pas uniquement une source de souffrance.

Afin de mettre en œuvre notre projet thérapeutique, nous avons proposé d'utiliser la relaxation. Cette médiation est pensée au regard des caractéristiques du fonctionnement psychomoteur et psychopathologique du sujet. De plus, la relaxation est fréquemment utilisée par ma maître de stage. Celle-ci a en effet relevé que de nombreux patients présentent une relation particulière à leur corps. Son expérience lui a donc permis d'établir que la relaxation permettait aux patients de les rendre acteurs dans la réappropriation de leur corps. C'est aussi un moment où ils peuvent se relâcher, sans être dans l'effort rééducatif. La relaxation est donc une prise en charge thérapeutique qui nous permet d'aborder le corps avec prudence et douceur pour atteindre notre objectif de soin (Joly, 2012). Cette médiation corporelle permet également d'appréhender le patient dans sa globalité, en tentant de ne pas dissocier le somatique du psychique.

La relaxation demande au sujet de prendre conscience de son corps, afin d'être à l'écoute de ses ressentis. Selon R. Dupont la conscience peut parler d'un savoir « sur le monde extérieur et soi-même apporté par les organes des sens, les sensations » (2017, p. 83). Il s'agit de prêter attention à ses sensations pour accéder à une conscience de soi. C'est donc un processus neurophysiologique mais également psychologique puisqu'il permet à l'individu d'associer les ressentis corporels à des représentations mentales. La relaxation permet alors selon R. Dupont de « présentifier un corps dont l'existence n'est pas toujours perçue. » (2017, p. 88). Elle a également cette particularité de pouvoir rendre le sujet actif durant un moment d'apparente passivité. En effet, elle mobilise des processus sensoriels au niveau cortical, qui accroissent l'état de vigilance porté sur son organisme propre. Selon Joly, l'individu peut jouer sur ses émotions, et notamment diminuer l'angoisse, « étayer et relancer une réélaboration psychique » par une meilleure perception de son corps. (2012)

Cette médiation semble donc adaptée pour Louise et Naelle. Elles sont toutes les deux dans un vécu corporel douloureux ; douleur du handicap, de la rééducation et des soins médicaux. Elles semblent alors s'être coupées de leurs sensations afin de se préserver de ce vécu. Louise semble avoir des difficultés à gérer ses émotions et présente des angoisses en

rapport à son hospitalisation. La relaxation viendrait alors lui permettre d'être plus à l'écoute de ses sensations et de trouver un endroit et un moment apaisant où elle peut relâcher en douceur sa carapace psychique et tonique. De même, Naelle est dans un surinvestissement cognitif flagrant. La relaxation pourrait alors lui permettre de reposer son esprit envahi de pensées.

Louise accepte de se prêter à l'exercice mais elle reste rigide, les yeux ouverts, sans pouvoir se détendre. Elle semble ailleurs, peu présente à elle-même. Elle dit ensuite ne pas voir l'utilité de cette technique lors de laquelle elle se contracte plus qu'elle ne se détend. Naelle refuse d'abord notre proposition de relaxation, elle semble savoir que cela ne va pas lui convenir. La seule fois où elle accepte, elle ne peut rien dire de ses sensations.

La relaxation demande de se penser en dedans de soi. Or, ceci est un exercice intense. Une personne habituée à être dans un carcan physique et tonique peut avoir des difficultés pour se laisser aller à la relaxation. De plus, lorsque nous sommes habitués à avoir peu de sensations internes ou externes, cela crée un déficit au niveau du fonctionnement du système d'apport sensoriels. Il y a peu d'expériences et donc peu de comparaisons possibles avec des vécus précédents. (Dupont, 2017)

Je retrouve ces deux patientes dans cette description. Elles ne peuvent pas être présentes à leurs sensations et relâcher la maîtrise de leur corps et leur esprit. Il est alors possible qu'à force de se couper de ses éprouvés, elles y soient de moins en moins sensibles. Cela pourrait alors expliquer les difficultés de verbalisation de leurs ressentis. Il me semble que nous touchons ici à un fonctionnement qui ne peut pas être remis en question si facilement pour Louise et Naelle. Libérer son esprit pour venir se concentrer sur leur corps est en totale opposition avec leur schéma de construction. Les y inviter paraît alors bousculer leurs défenses. La relaxation ne semble pas la médiation la plus adaptée dans ce cadre. En effet, je pense qu'elle les confronte trop violemment à leurs difficultés.

2.3. Des tâtonnements vers une adaptation progressive

La relaxation semble être une approche qui vient toucher le corps de trop près. Nous voulons que Louise et Naelle éprouvent leur corps quitte à bouleverser leur fonctionnement. Il faudrait donc peut-être, pour chacune de ces patientes et tout en gardant les mêmes objectifs de base, repenser le projet thérapeutique. Celui-ci serait qu'elles éprouvent un corps-plaisir par une expression moins directe du corps, pour « toucher le corps sans toucher

le corps ». Nous souhaitons alors proposer plus de mouvement lors des suivis vers une exploration, avec plaisir, des possibilités corporelles. Cette approche est également plus proche en apparence de ce qu'elles connaissent des soins de rééducation. Cette dimension de plaisir a une « fonction structurante » comme le disent Allemany et al en citant Bergès (1994/2007). Apporter du mouvement lors des séances nous apparaît important pour mettre en jeu corps et psychisme. En effet, l'action et le mouvement permettent cette conscience de soi tant recherchée pour ces patientes et pourraient les amener à quitter l'aspect purement fonctionnel de leur corps, pour y laisser s'imprégner des sensations positives et diminuer ce clivage psyché-soma. En effet expérimenter le plaisir du geste permet d'animer le corps et l'esprit. Il est cependant souvent difficile de mettre les patients de la MPR pédiatrique en mouvements. Ils ont souvent des béquilles, sont en fauteuil roulant, ou sont équipés de divers appareillages qu'il faut manier avec précaution. Il n'est alors pas instinctif de vouloir faire bouger ces patients fragilisés par l'intervention chirurgicale et ses conséquences. De plus eux-mêmes ne semblent guère désirer se mettre en mouvement.

Nos échanges avec ma maître de stage nous amènent à pousser notre réflexion afin de proposer à Louise une approche plus dynamique qui trancherait avec la relaxation. Je lui propose des jeux de balles pour qu'elle s'anime et que ses mouvements prennent vie dans une dynamique ludique. En réponse, Louise montre très peu d'engagement corporel. Elle semble s'opposer à l'excès de mouvement que nous lui proposons, nous amenant à repenser une nouvelle fois l'approche présentée. Une fois réadaptée, il me semble que nous arrivons à un point de convergence lors de notre ultime séance. Entre mobilité et immobilité, entre sensori-motricité et représentation, les jeux de ballon et les dessins proposés semblent être notre point de rencontre. Ce sont alors ces tâtonnements qui, semble-t-il, permettent que soignant et patient se rencontrent. Temps d'adaptation nécessaire, à l'image du bébé qui multiplie les manipulations, apprenant un peu plus à chaque fois et se réadaptant pour percevoir toutes les caractéristiques d'un objet. Ici chaque séance m'apporte des informations afin de rencontrer le patient qui apparaît alors dans sa globalité et ses spécificités. (Esseily & Fagard, 2012)

Cela m'amène à me demander à quel moment s'est produit notre rencontre. Est-ce pour Naelle, dans ce couloir, lorsqu'elle m'a regardé furtivement, ou avec Louise dans sa chambre où elle me présente son sourire figé ? Est-ce que c'est lors des propositions de relaxation, où nous cherchons à ce qu'elles habitent à tout prix leur corps peu investi, en

résonnance avec l'importance de la rééducation dans le service. Est-ce en voulant impérieusement les mettre en mouvement en réponse à leur passivité ? Ou est-ce par ces expérimentations progressives apprenant à chacune se connaître pour trouver un point de rencontre. Allais et Vialatte nous disent que ce n'est pas parce qu'il y a un rendez-vous qu'une rencontre se produit. Ils se demandent alors et « Si la rencontre a lieu quand ce que nous avions prévu est manqué ? » (2003) Ces manquements amènent alors dans ces circonstances, la nécessité d'une réelle adaptation à l'autre, un accordage progressif qui permet de percevoir le patient dans sa complexité et ainsi de le rencontrer.

Selon Nitschelm « Prendre le temps de rencontrer la personne, c'est déjà être dans le soin » (2015). Alors trouver cet entre-deux, ce paradoxe entre l'impossibilité d'approcher le corps par la relaxation et le désinvestissement du mouvement est un travail d'équilibriste pour chaque patient rencontré. C'est alors dans cette oscillation entre ces différentes approches que se joue le processus thérapeutique.

Lors de ces suivis ma maître de stage me laisse une grande liberté, nous échangeons de nombreuses fois afin de réadapter nos prises en charge avec nos tâtonnements progressifs. Tâtonnements qui nous confrontaient à nos difficultés et, en tout cas pour ma part, à mes limites en tant que soignante. Je les ai vécus dans un premier temps comme des échecs me sortant alors d'un fantasme de toute-puissance pour me renvoyer à un rôle d'équilibriste. Cependant le fait d'être animé d'une envie me semble indispensable pour penser le patient et les séances. Je mets ainsi ma capacité de rêverie, mon énergie à inventer au service du patient pour lui permettre de déposer une part désinvestie et douloureuse de son corps. Nos tâtonnements peuvent-ils être en échos de leur corps reformé à tâtons ?

2.4. Temporalité et présence à soi

Nous venons de nous rencontrer et déjà nous nous séparons. Voilà le sentiment que j'ai pu avoir à la fin du suivi de Louise. Les fins de suivi arrivent vite dans ce service, parfois même prématurément. Par exemple, il n'a pas été possible de préparer l'arrêt de celui de Naelle.

L'idée d'une prise en charge courte a, je pense, influencé ma position auprès de ces patientes. Avoir un suivi réduit à quelques séances, a induit de ma part un empressement au soin, une pression pour obtenir des résultats dans ce temps imparti. Prise par ce mouvement, je m'interroge sur la façon dont sont menées ces séances. Quand proposer et jusqu'où laisser

venir le patient ? Mais ne peut-on pas travailler à partir de leurs propositions pour, peu à peu, les transformer ? Il m'a fallu repenser ce fonctionnement afin de m'adapter davantage aux patients et garder à l'esprit que la psychomotricienne est de passage dans leur vie.

Lorsque nous parlons de thérapie psychomotrice, nous nous représentons un soin à long terme au cours duquel nous prenons le temps de découvrir peu à peu le patient, dans un cadre spatio-temporel bien défini. Cela ne peut pas s'observer dans une clinique telle que celle pratiquée au sein de la MPR pédiatrique, il s'agit donc de la repenser. Ce qui semble important pour Louise et Naelle, c'est de leur permettre d'accéder à une qualité de présence à soi. C'est donc ce que nous pouvons chercher à leur apporter lors de leurs suivis. Marcel Nuss élabore ce concept qui s'établit selon lui sur le développement de la conscience du corps, « le sentiment d'être dans son corps », avec le plaisir que cela peut induire (Ancet, 2015). Elle permet d'avoir une attention à soi ainsi qu'une écoute fine de ses ressentis corporels propres. Cette capacité de présence permettrait alors de se diriger vers un réinvestissement positif du corps en douceur.

CONCLUSION

Je présente des suivis, dans un univers de rééducation fonctionnelle, qui m'ont permis d'accompagner deux patientes du début à la fin de leur prise en charge. Ces patientes atteintes d'un handicap moteur congénital, ont une histoire médicale très chargée. Ainsi lorsque nous les rencontrons en psychomotricité, je m'interroge sur la façon dont elles ont investi leur corps au cours de leur histoire. Elles semblent se concentrer sur l'aspect fonctionnel de celui-ci sans pouvoir l'habiter dans sa globalité. Les suivis en psychomotricité de Louise et Naelle vont impliquer quelques tâtonnements de notre part. Je présente alors mes tentatives d'adaptation pour leur permettre d'aller vers une présence à elle-même afin d'habiter plus uniformément leur corps.

Dans un second temps, avec l'analyse théorico-clinique, je cherche à percevoir la façon dont Louise et Naelle ont pu investir ce corps présentant un handicap, avec une image du corps altéré, sujet de multiples opérations afin de diminuer ce handicap. Ainsi je tente de comprendre les moyens de défenses mis en place par ces patientes en lien avec ce parcours atypique. Des défenses du côté d'un investissement particulier de leur corps et de leurs pensées ont en effet été développées. Par la suite je m'intéresse à l'approche en psychomotricité de Louise et Naelle dans le cadre particulier de la MPR pédiatrique. Je tente d'y analyser comment le processus thérapeutique s'est déroulé en psychomotricité et comment s'adapter à ces patientes ainsi qu'à la durée de leur suivi. Les différentes expériences conduites suite à nos tâtonnements nous auront permis une adaptation progressive afin de trouver le point de rencontre avec Louise et Naelle.

Ces rencontres m'auront beaucoup interrogée sur les prises en charge de courte durée et sur la façon de penser le projet psychomoteur pour chaque patient rencontré. Cela m'a questionné sur les traces que ces patientes avaient pu garder des séances une fois le suivi achevé. Données auxquelles je ne peux pas avoir accès, mais interrogations qui restent présentes quelle que soit la durée des prises en charge. J'ai cependant pu observer que progressivement Louise et Naelle trouvaient dans cet espace-temps un moment de plaisir, un espace sécurisant et de relation.

Ce stage a été très enrichissant dans la découverte d'une nouvelle façon de pratiquer la psychomotricité. Sur l'attention toute particulière que j'ai dû prêter à mon positionnement

de thérapeute pour pouvoir m'adapter aux patientes que j'ai suivi. Travail qui n'en est encore qu'à ses prémises et qui va se poursuivre au fil de mes différentes expériences cliniques.

En effet je pense que l'implication du psychomotricien est une piste non négligeable dans la conduite de ces séances. Par la présence physique et psychique il invite l'autre à en faire de même.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allais, J., & Vialatte, R. (2003). Sans point de rencontre, point de rencontre ! *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 133, 18-27.
- Allemany, G., Calza, A., Moyano, O., Ciccone, A., Deitte, J., Canchy-Giromini, F., ... Gatecel, A. (2007). L'enfant: de l'agi au représenté. In M. Contant & A. Calza, *Psychomotricité* (3e éd., p. 105-181). Elsevier Masson. (Edition originale : 1994)
- Ancet, P. (2010). *Le corps vécu : chez la personne âgée et la personne handicapée*. Dunod.
- Ancet, P. (2015). Corps et temporalité dans l'expérience du handicap physique. Dialogue avec Marcel Nuss. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 48(182), 240-255.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. France: Dunod.
- Aulagnier, P. (2003). *La violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé* (7e éd.). France: Presses universitaires de France. (Edition originale : 1975)
- Bissouma, A.-C. (2015). *Représentation de soi et visagéification dans les traumatismes orthopédiques de l'enfant: penser une approche psychique pour panser le corps* (Thèse de psychologie et psychanalyse). Consulté à l'adresse <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01528361/document>
- Delcey, M. (2002). Introduction aux causes de déficiences motrices. In *Déficiences motrices et situations de handicaps* (p. 145-149). France: APF.

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. (2019). Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Consulté 10 avril 2019, à l'adresse Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine website: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=%C3%A9ctrom%C3%A9lie>

Dolto, F. (1992). *L'image inconsciente du corps*. France: Éd. du Seuil.

Dupont, R. (2017). *La Relaxation dynamique*. France: Editions Robert Atlani.

Esseily, R., & Fagard, J. (2012). Un bébé peut-il apprendre d'un autre bébé ? Apprentissage par observation d'une nouvelle habileté manuelle à 10 mois. Apprentissage par observation d'une nouvelle habileté manuelle à 10 mois. *Enfance*, *1*(1), 85-95. <https://doi.org/10.4074/S0013754512001097>

Guillaumin, J.-B. (1989). Les premières interrelations mère/nouveau-né... ou la constitution d'un « miroir somato-psychique. *Evolutions psychomotrices*, *n°1*, 27-33.

Haute Autorité de Santé. (2013). Haute Autorité de Santé - Luxation congénitale de la hanche : dépistage. Consulté 10 avril 2019, à l'adresse Haute Autorité de Santé website: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1680275/fr/luxation-congenitale-de-la-hanche-depistage

Hôpital.fr. (2015). La définition du handicap - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France. Consulté 10 avril 2019, à l'adresse Hôpital.fr website: <https://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Handicap/La-definition-du-handicap>

Joly, F. (2012). Le médiatif comme expérience, le travail du médium comme appropriation subjective. *Le Journal des psychologues*, *298*(5), 16-21. <https://doi.org/10.3917/jdp.298.0016>

Korff-Sausse, S. (2010). Corps et construction identitaire des personnes handicapées : de quel corps parlons-nous ? *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, N° 50(2), 17-24.

Lesage, B. (2012). Images du corps, corporéité et psychopathologie. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (p. 51-65). France: ERES.

Levaque, C. (2010). Le corps et la clinique psychanalytique de l'alcoolisme. Pour une lecture pulsionnelle du stade du miroir. *La revue lacanienne*, n° 7(2), 65-76.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, (2005). Consulté 10 avril 2019, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

Marzano, M. (2009). *La philosophie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France. (Edition originale : 2007)

Maunoury, C. (2015). *Amputations précoce et tardive chez les enfants présentant une malformation congénitale des membres inférieurs : Analyse et discussion des résultats. A propos de 15 cas*. (Thèse de médecine, Faculté de médecine Henry Warembourg). Consulté à l'adresse <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/21748f54-a97e-4107-90d7-f8c0da553ce1>

Merleau-Ponty, M. (1976). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.

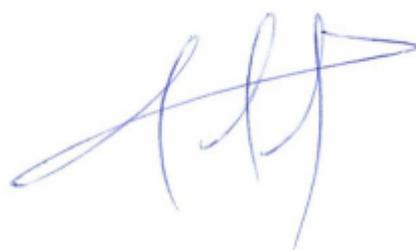
- Montagu, A., Leboyer, F., & Erhel, C. (1979). *La peau et le toucher : un premier langage*. France: Éditions du Seuil.
- Nasio, J.-D., & Poirée, M. (1993). Image du corps : un concept psychanalytique. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 97, 4-17.
- Nitschelm, E.-J. (2015). Soignant-soigné, trouver l'accordage pour entrer en résonance. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 123(4), 47-54.
- Paillard, P. (2019). Chirurgie conservatrice de la hanche | Cabinet du Docteur Philippe Paillard. Consulté 10 avril 2019, à l'adresse Chirurgie orthopedique Paris website: <https://www.chirurgie-orthopedique-paris.com/chirurgie-conservatrice-de-la-hanche/>
- Potel, C. (2010a). La question du cadre thérapeutique. In *Etre psychomotricien* (p. 321-345). Toulouse, France: ERES.
- Potel, C. (2010b). Le symptôme en psychomotricité. In *Trames. Être psychomotricien* (p. 210-225). <https://doi.org/10.3917/eres.potel.2010.01.0210>
- Potel, C. (2010c). Psychomotricité et indications. In *Trames. Être psychomotricien* (p. 194-209). <https://doi.org/10.3917/eres.potel.2010.01.0194>
- Potel, C. (2010d). Un corps à soi. In *Etre Psychomotricien* (p. 69-84). Toulouse: ERES.
- Riou, J. (2004). *De l'énigme du corps à la question du sujet, la clinique psychomotrice interrogée*. Paris: VG éditions.

- Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité* (2e édition révisée.). France: Desclée de Brouwer. (Edition originale :1993)
- Roussillon, R. (2009). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris: Dunod.
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. France: Gallimard.
- Stavrou, L., & Sarris, D. (1997). Etude de l'image du corps chez les sujets ayant un handicap moteur dans l'épreuve projective du Rorschach. *Revue européenne du handicap mental*, 4(16), 19-28.
- Thérain, M., Da Fonseca, C., Di Cataldo, C., Ribiere, G., & Detrez, S. (2015). La psychomotricité : un soin propice à la réappropriation du corps. *Revue d'Oncologie Hématologie Pédiatrique*, 3(1), 54-56.
<https://doi.org/10.1016/j.oncohp.2014.10.014>
- Van Doesburg, E., & Melliere, M. (2001). Parce qu'écouter ne rime pas avec déjà savoir; laissons leur place de raconter à tous les modes ! A partir d'une expérience clinique et pratique en centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 127, 68-75.

Vu par le maître de mémoire

Denis Mortamet

Lyon le 30 Avril 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'DM', is centered on the page. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the left and a sharp point on the right.



Auteur : Morgane ROUSSEAU

Titre : « Parle-moi de ce corps qui va mal » : investissement du corps du corps chez deux patientes porteuses d'un handicap moteur congénital en service de Médecine physique et de réadaptation pédiatrique

Mots - clés : investissement du corps – handicap moteur – psychomotricité – adaptation

Résumé :

Le parcours médical qu'induit la présence d'un handicap moteur congénital peut influencer la construction de l'image de soi et l'investissement de son corps. La psychomotricité vient alors leur permettre d'habiter ce corps en s'appuyant sur sa rééducation fonctionnelle. Mais le cadre particulier qu'offre le service de Médecine Physique et de Réadaptation pédiatrique dans son aspect fonctionnel et offrant des séjours la plupart de temps de courte durée, oblige à une adaptation rapide entre le thérapeute et son patient. Dans ce contexte, comment se déroule le processus thérapeutique en psychomotricité pour une réunification d'un corps entravé, abîmé et réparé ?