



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

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



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

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

LA MÉLODIE DU MOUVEMENT

Effet de la médiation musicale sur l'exacerbation motrice d'un jeune patient aveugle

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

Par : Brun Suzanne

Juin 2019

N° 1479

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**

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**

U.F.R. d'Odontologie

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**
Secrétariat de scolarité
Mme Pascale SACCUCCI

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 Béatrice, ma maîtresse de stage, pour son accompagnement, ses conseils, son regard, la confiance et la place qu'elle m'a accordée et pour m'avoir ainsi aidé à construire peu à peu ma posture professionnelle.

Je remercie aussi l'équipe pluridisciplinaire de l'IDV, qui, par leur point de vue, m'ont permis d'enrichir ma vision de l'accompagnement thérapeutique.

J'adresse un remerciement particulier à Pascale, ma maîtresse de mémoire, pour son aide précieuse, son investissement, sa disponibilité et sa bienveillance.

Je remercie également tous les professionnels de santé, mes professeurs, mes maîtres de stage qui m'ont enseigné un savoir-faire, un savoir-être.

Merci à ma famille pour leur soutien et leur implication.

Enfin, merci à mes amies de promotion et tout particulièrement à Emma, Anne-Charlotte et Ilona auprès desquelles j'ai vécu ces trois années pleines d'aventures, d'émotions et d'enrichissement.

« Les aveugles sont-ils des êtres à demi par rapport aux bien-voyants ? Non ! Leurs yeux sont au bout de leurs doigts et ils appréhendent le monde au-delà des apparences. La beauté est pour eux quelque chose de chaud, doux, harmonieux : le velouté d'un visage, la mélodie d'une musique, le timbre et la couleur d'une voix, la plastique d'une sculpture. »

(Gardou, 2005, p. 11)

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE	3
1 - LA VISION : VOIR ET REGARDER	3
1.1 - L'œil et la vision	3
1.1.1 - L'œil	3
1.1.2 - La vision	4
2 - LA CÉCITE ET SES RETENTISSEMENTS	6
2.1 - La déficience visuelle.....	6
2.2 - La cécité congénitale	8
2.3 - Les conséquences de la cécité congénitale sur le développement psychomoteur.....	9
2.3.1 - Le développement tonico-postural	9
2.3.2 - Le développement moteur	11
2.3.3 - Le développement de la motricité fine	14
2.3.4 - Le développement du langage	15
2.3.5 - Le développement relationnel	16
2.3.6 - Le développement cognitif	19
2.3.7 - Le développement de la sensorialité et des compensations sensorielles	21
2.3.8 - Autre compensation sensorielle : le <i>blindisme</i>	25
2.3.9 - Le sentiment de corporéité	26
3 - INTÉRÊT D'UNE ALLIANCE ENTRE LA MUSICOTHÉRAPIE ET LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS L'ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE	29
3.2 - Liens entre musicothérapie et psychomotricité	29
3.3 - Les caractéristiques de la musique	30
3.3.1 - La dimension motrice	31
3.3.2 - La dimension relationnelle	31

3.3.3 - La dimension d'expressivité.....	32
3.3.4 - La dimension sociale	32
3.3.5 - La dimension rythmique et mélodique	32
3.4 - L'enveloppe sonore	33
PARTIE CLINIQUE	34
4 - APPORT DE LA MÉDIATION MUSICALE DANS LA PRISE EN SOIN D'UN JEUNE PATIENT AVEUGLE	34
4.1 - L'Institut pour déficients visuels.....	34
4.2 - Clinique autour d'Adem.....	36
4.2.1 - Présentation.	36
4.2.2 - Le groupe « LaDoMouv »	37
4.2.3 - Déroulement de la séance	38
4.2.4 - Les objectifs thérapeutiques de chaque animation	40
4.2.5 - Observations cliniques.....	41
4.2.6 - Questionnements	50
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE	51
5 - MUSIQUE ET MOUVANCE : LE CORPS COMME OUTIL D'EXPRESSION ET DE RELATION.....	51
5.1 - Effet de la musique, enivrement sensoriel	53
5.2 - Le débordement moteur, l'« éclatement » d'une tension émotionnelle.	53
5.2.1 - Signification de ses décharges motrices	54
5.2.2 - Un espace de libre expression, de dépôt.....	57
5.2.3 - Comment contenir cette décharge pour pouvoir ensuite l'appivoiser et la rendre féconde?.....	58
5.2.4 - Les améliorations.....	61
5.3 - Altération de la conscience corporelle	63
5.3.1 - Dévalorisation narcissique.....	63

5.3.2 - Comment l'aider à prendre conscience de lui-même afin d'induire un réajustement de sa posture et de sa gestuelle ?	64
5.3.3 - Les améliorations.....	66
5.4 - Construction psychique et ouverture aux autres	66
5.4.1 - Processus en jeu.....	67
5.4.2 - Les améliorations.....	68
5.5 – Ma posture en tant que futur professionnel	69
5.6 - Perspectives thérapeutiques et poursuite de la prise en charge de groupe	70
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES ANNEXES.....	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'intérêt de la psychomotricité auprès des personnes déficientes visuelles m'interpelle grandement depuis longtemps et je me suis beaucoup interrogée au sujet de la compatibilité de l'exercice du métier de psychomotricienne avec le fait d'être déficiente visuelle.

En effet, je suis malvoyante depuis ma naissance et cette déficience est évolutive.

La perte de la vision a changé mon rapport au monde : mon espace visuel s'est progressivement réduit, induisant une sensation d'oppression, de l'inhibition motrice ainsi que de la maladresse, mais elle m'a aussi et paradoxalement offert une ouverture à des champs sensoriels auparavant peu exploités. J'ai ainsi pu compenser mon handicap en investissant d'autres sens tels que le toucher, l'odorat et l'audition.

Mon goût pour la musique s'est ainsi développé. La musique accompagne et me procure tant d'émotions. Elle impulse de la vie, du mouvement. Elle imprègne en quasi-permanence mon univers et m'est tout simplement indispensable.

Je m'interroge, de plus, sur le lien entre la cécité et l'investissement psychocorporel et notamment, sur la manière d'investir et de vivre son corps lorsqu'on est privé de la vision.

C'est une question qui m'est fondamentale car elle est liée à mon histoire et constitue également l'une des raisons m'ayant poussé à entreprendre des études de psychomotricité, dans l'idée de comprendre et d'apprendre ce processus de compensation, pour pouvoir ensuite aider les autres.

J'effectue cette année un stage en Institut pour Déficients Visuels (IDV), d'après mon souhait d'observer et d'apprendre l'approche psychomotrice auprès des personnes malvoyantes.

Ainsi, au cours d'une prise en charge de groupe en musico-psychomotricité, j'ai fait la rencontre d'Adem, un jeune homme aveugle de naissance. J'ai d'emblée été touchée par sa sensibilité envers la musique, par ce que cette médiation lui fait vivre, par ce qu'elle suscite en lui : des vives réactions, des mouvements permanents et stéréotypés. Ces mouvements exacerbés semblent le « déborder » et se manifestent par des crispations

toniques, des balancements de son corps, de grands sourires, des rires... autant de manifestations semblant témoigner de son vécu émotionnel.

Je me questionne alors sur l'origine de ses réactions, sur la manière dont il les perçoit. Je me sens aussi « contaminée » par son débordement moteur, par la jubilation qu'il manifeste.

Or, je constate qu'au cours de ces moments de joie intense et de vive agitation, il se renferme sur lui-même, se coupe du lien à l'autre, semble juste envahi. Comment l'aider alors à contenir ce débordement ? La musique semble révéler tant de lui, être source d'un plaisir immense, mais il ne s'en saisit pour l'instant que pour se réfugier en lui-même.

Mes réflexions m'amènent alors à me demander **comment une alliance thérapeutique entre la médiation par la musique, qui semble être efficace pour ce jeune patient aveugle, et la psychomotricité peut-elle l'aider à réguler un débordement moteur et émotionnel qui le coupe du lien à l'autre et altère sa conscience de lui-même ?**

Afin de rendre compte de ma réflexion, je présenterai premièrement le fonctionnement de l'œil et préciserai le rôle de la vision. Je définirai ensuite la notion de cécité et ses retentissements sur le développement psychomoteur de la personne aveugle. J'exposerai ensuite l'intérêt d'une alliance entre la musicothérapie et la psychomotricité dans l'accompagnement thérapeutique.

Je raconterai ensuite mon expérience clinique avec Adem. Enfin par des liens entre son histoire, les situations cliniques et la théorie, je tenterai d'analyser le fonctionnement psychomoteur d'Adem et présenterai la manière dont la médiation musicale est efficace pour lui.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

1 - LA VISION : VOIR ET REGARDER

Il me semble tout d'abord nécessaire de présenter la constitution et la fonction de l'œil ainsi que de la vision, afin de mieux comprendre les déficiences qui peuvent leur être associées. Je m'intéresserai dans un second temps aux pathologies de la vision, en définissant la déficience visuelle, et plus précisément la cécité congénitale. J'exposerai ensuite une comparaison entre le développement psychomoteur ordinaire et celui d'un enfant non-voyant. J'exposerai ensuite les différents types d'aménagements de vie qu'il est possible de mettre en œuvre et introduirai par la suite, la pratique psychomotrice auprès des personnes malvoyantes. Je terminerai cette partie en présentant une médiation qui peut être utilisée en psychomotricité, ainsi que ses effets : la musique.

1.1 - L'œil et la vision

La perception visuelle se forme en trois étapes : le trajet des rayons lumineux de l'objet à la rétine, la transmission des informations visuelles au cerveau et la construction de la représentation mentale. Son élaboration démarre au niveau des yeux. Ils contiennent environ 70% de récepteurs sensoriels et nous permettent ainsi d'analyser notre environnement, les couleurs, les mouvements, les formes...

1.1.1 - L'œil

Décrire dans un premier temps la composition de l'œil me semble important pour comprendre davantage le fonctionnement de la vision.

L'œil (Annexe I) est situé dans son orbite, protégé par une paupière et lubrifié par des sécrétions lacrymales. Il se compose de trois enveloppes (la sclérotique, la cornée et la rétine) et de trois milieux transparents (humeurs aqueuse, cristallin et le vitré).

La sclérotique, dite aussi « blanc de l'œil » est la membrane la plus externe. Elle protège et attache l'œil aux muscles extrinsèques. En avant de cette couche se trouve la cornée, correspondant à la première lentille convergente de l'œil. Grâce à sa transparence, elle dirige les rayons lumineux vers une seconde lentille, le cristallin, en passant par la pupille

(orifice central de l'iris). L'iris contrôle le diamètre de la pupille en fonction de l'intensité lumineuse et permet ainsi une entrée plus ou moins importante de lumière dans l'œil.

Viens donc ensuite le cristallin, qui est une lentille biconvexe capable d'adapter sa forme afin de focaliser la lumière sur la rétine. La rétine tapisse la partie interne de l'œil. Chez l'homme, elle est composée de deux types de photorécepteurs, les cônes et les bâtonnets. Les cônes sont de petites cellules se situant principalement au centre de la rétine, zone appelée la macula. Les bâtonnets, quant à eux, tapissent la rétine périphérique et procurent une vision de moins bonne précision mais plus efficace et rapide dans la perception du mouvement et de l'espace. De plus, elle est efficace en vision nocturne. Ainsi, la rétine intervient dans la transduction, c'est-à-dire dans la capture puis le codage de l'énergie lumineuse en signaux électrochimiques, élaborés par les photorécepteurs.

D'autres types de cellules sont présents dans la rétine, comme les cellules ganglionnaires. Ces cellules sont des neurones dont les axones se rassemblent pour former le nerf optique.

Les nerfs optiques de chaque œil se rejoignent ensuite pour former le chiasma optique. Les fibres optiques sont alors triées en fonction de leur origine et se rassemblent pour former les voies optiques (Annexe II).

Ces voies optiques ainsi formées gagnent ensuite le lobe occipital via des radiations optiques et se projettent au niveau de l'aire visuelle primaire (Aire V1). Cette aire est alors chargée de réceptionner l'information ou plus précisément le stimulus visuel et d'en analyser ses caractères physiques. L'information est ensuite transmise aux aires associatives périphériques, responsables de la perception et de la reconnaissance visuelle.

L'œil, les voies optiques ainsi que le cerveau peuvent être atteints à tous les niveaux lors d'une déficience visuelle.

1.1.2 - La vision

La vision est le sens dominant. Elle donne accès aux informations de manière globale et rapide. 70 à 80 % des informations de notre environnement nous arrivent par la vision. Il s'agit aussi d'un sens unificateur car il permet de faciliter les transferts d'informations entre les différents sens.

La vision (Annexe III) comprend à la fois :

- La vision périphérique (prise en charge par les bâtonnets) qui s'occupe de la vision globale et rapide, qui détecte les mouvements et qui intervient dans le recrutement tonique et l'organisation de la posture. Elle intervient alors dans l'équilibre et la prévention de l'espace et intervient aussi dans la vision nocturne.
- La vision centrale (prise en charge par les cônes). Lorsque l'œil fixe un point d'une image, la vision centrale permet d'en percevoir les détails, et notamment les couleurs. Elle est efficiente lorsqu'il y a des bonnes conditions lumineuses.

La vision nous sert constamment dans beaucoup de domaines. Elle a notamment un rôle informatif au niveau de l'espace, du schéma corporel et de la motivation. Elle intervient aussi dans la communication, la posture, l'équilibre et la locomotion et entre en jeu dans les activités de la vie quotidienne, en particulier celles qui nécessitent une coordination entre l'œil et la main. Elle intervient aussi dans le rythme circadien.

Lorsque la vision est altérée (atteintes pathologiques, malformations, etc.), ceci génère un handicap qui peut modifier le fonctionnement et le quotidien de l'individu concerné. Celui-ci est alors porteur d'une déficience visuelle.

2 - LA CÉCITE ET SES RETENTISSEMENTS

2.1 - La déficience visuelle

La déficience visuelle, c'est-à-dire la diminution qualitative et/ou quantitative de la fonction visuelle, est le stade final d'une atteinte visuelle, lorsque les différents traitements (lasers, médicaux, chirurgicaux, etc.) sont limités, épuisés et/ou insuffisants pour empêcher une aggravation. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe la déficience visuelle selon deux critères : l'acuité visuelle et le champ visuel. L'acuité visuelle correspond à la capacité de voir à une distance donnée de façon nette et précise. Elle est toujours évaluée avec une correction optique optimale. Le champ visuel quant à lui se caractérise par l'étendue du champ de vision autour d'un point fixe. Il permet ainsi une vision allant à 180° dans le sens de la largeur et à 130° dans le sens de la hauteur. Selon l'OMS, la déficience visuelle existe à partir du moment où l'acuité visuelle corrigée est inférieure ou égale à 3/10^{ème} et/ou un champ visuel inférieur à 10°.

La définition de l'OMS fait ressortir deux grandes catégories, la basse vision comportant trois stades et la cécité comprenant deux autres stades. Les 5 stades sont les suivants :

- 1^{er} stade : La déficience visuelle modérée, où l'acuité visuelle binoculaire corrigée est entre 1 et 3/10^{ème} et où la personne est capable d'accomplir les tâches presque normalement avec une aide simple.
- 2^{ème} stade : La déficience visuelle grave, c'est-à-dire une acuité visuelle binoculaire corrigée entre 1/20^{ème} et 1/10^{ème}. La personne s'appuie sur la vision mais avec des aides spécifiques et souvent avec une vitesse moindre et une fatigabilité plus importante.
- 3^{ème} stade : La déficience visuelle profonde, c'est-à-dire une acuité visuelle binoculaire corrigée de 1/50^{ème} à 1/20^{ème}. La personne ne peut effectuer les tâches à l'aide de la vision seule mais avec des aides et doit y associer d'autres sens.
- 4^{ème} stade : La cécité presque totale. Il y a une perception lumineuse, mais l'acuité visuelle binoculaire corrigée est inférieure à 1/50^{ème}. La personne doit s'appuyer sur d'autres informations sensorielles et sur des techniques spécifiques.
- 5^{ème} stade : La cécité totale. Il n'y a pas de perception lumineuse. La personne s'appuie totalement sur les autres sens.

Quelques chiffres...

Selon l'OMS, il y a 253 millions de déficients visuels dans le monde dont 36 millions d'aveugles. On recense 65 000 aveugles en France. Il s'agit d'un réel enjeu de santé publique.

80% des causes sont évitables ou curables. Dans les pays à bas revenus, faute de moyens, peu d'actions sont mises en place pour les déficients visuels, autant au niveau de l'accompagnement et du soin que de la prévention.

D'ici 2050, on prévoit un doublement de la population des sujets déficients visuels, dû à l'augmentation des personnes vieillissantes.

La déficience visuelle peut être causée par différents types d'atteintes telles que :

- Des atteintes du cristallin : une opacification, dite aussi cataracte, ou encore un défaut de réfraction pouvant engendrer une myopie, une hypermétropie, un astigmatisme ou encore une presbytie. Ces atteintes induisent alors une baisse de l'acuité visuelle, marquée par une vision floue.
- Des atteintes multiples et localisées de la rétine, telles qu'un décollement de la rétine.
- Des atteintes de la vision centrale, causant par exemple une dégénérescence de la macula liée à l'âge (DMLA) qui concerne davantage les personnes âgées et qui est une altération de la partie centrale de la rétine.
- Des atteintes de la vision périphérique avec préservation de la vision centrale, telles que le glaucome par exemple, qui se définit par une augmentation anormale de la pression intraoculaire, ayant pour conséquence une atrophie du nerf optique et une atteinte du champ visuel.
- D'autres causes qui peuvent toucher diverses structures telles que le globe oculaire, les voies optiques jusqu'à l'aire du cortex visuel. Pour la cécité corticale par exemple, ce ne sont pas les yeux qui sont altérés mais le cerveau. Il n'est alors pas capable de traiter et de comprendre l'image transmise par l'œil.

2.2 - La cécité congénitale

D'après le Larousse, le terme aveugle signifie « qui est privé du sens de la vue ». Or, en France, on considère un individu atteint de cécité, dite « légale », lorsque son acuité visuelle est inférieure à 1/20ème et/ou un champ visuel inférieur à 5°. À ce stade, la vision est limitée mais existante. Il n'y a pas disparition totale des perceptions mais il n'y a pas non plus assez d'acuité pour être dans la catégorie des voyants. Ainsi, la cécité peut donc être partielle, avec de légères capacités visuelles conservées (perception de la lumière) ou bien totale (absence de vision complète et non perception de la lumière).

L'âge d'apparition de la cécité affecte considérablement le développement psychomoteur de l'individu. On distingue alors les aveugles congénitaux des aveugles tardifs. Les aveugles congénitaux présentent une perte de vision totale ou inférieure à 1/20ème depuis leur naissance ou dans les quelques mois qui ont suivi, et leurs difficultés d'intégration sociale et d'acquisition de l'autonomie sont alors majorées. Il n'y a cependant pas de travail de deuil à faire d'une perception qu'on avait autrefois et que l'on perd et il peut y avoir une plus grande facilité à accepter sa différence, contrairement au cas de la cécité acquise.

On observe alors des comportements spécifiques à la cécité congénitale tels que :

- un verbalisme, se définissant par l'utilisation d'expressions relatives à des données sensorielles parfois non-expérimentées. La personne aveugle peut alors utiliser des expressions du quotidien qu'elle ne comprend pas réellement.
- des mouvements du corps raides et peu déliés.
- un état de surmenage ou un repli sur soi.
- un comportement parfois revendicatif, décalé ou parfois même inadapté. Par exemple, la personne aveugle va orienter son regard vers le plafond ou bien toucher l'autre tout en lui parlant.
- un *blindisme*, qui est une gestuelle faisant penser à des tics. Je l'approfondirai ultérieurement.

L'apparition de ses comportements chez les personnes aveugles se justifie par un développement psychomoteur divergeant du développement standard d'un enfant voyant.

2.3 - Les conséquences de la cécité congénitale sur le développement psychomoteur.

Pour mieux comprendre le développement psychomoteur de l'enfant aveugle de naissance, il me semble alors nécessaire de le comparer au développement psychomoteur ordinaire, en abordant ses différents aspects tels que le développement tonico-postural, moteur, relationnel, cognitif, sensoriel, ainsi que les compensations qui en résultent.

2.3.1 - Le développement tonico-postural

Si on s'intéresse tout d'abord au développement ordinaire de l'enfant, à 3 mois, on observe le développement du regard à la main, qui va alors être essentiel pour la construction du schéma corporel. La vision est une source de motivation permettant ainsi la mise en place des déplacements et de la préhension.

Concernant l'enfant aveugle, entre 0 et 2 mois, il n'y a pas d'impact de la cécité sur le développement. En revanche, à 3 mois, on observe un effondrement tonique, ainsi qu'une inhibition psychomotrice qui s'instaure progressivement, avec une activité spontanée faible. Bullinger (2013, p. 126) démontre que cet effondrement tonique est dû au fait que les flux visuels n'exercent pas leur effet mobilisateur. Le bébé reste alors enroulé, sa curiosité n'est pas stimulée pour qu'il soutienne ou oriente sa tête. Dans le développement ordinaire : à 4 mois, le bébé est capable de relever et de tenir sa tête à plat ventre.

Chez l'enfant aveugle, on observe qu'à 3 mois, il ne relève pas sa tête et utilise très peu ses mains. Cependant, entre 6 et 7 mois, il commence à la tenir lors de la manœuvre du tiré-assis (Annexe VII).

Bullinger (2013, p. 105) considère que la vision améliore l'organisation tonique et l'ajustement postural. Il n'est pas rare d'observer un trouble de la régulation tonique (syncinésies ou paratonies), associé à un retard de maturation neurologique chez l'aveugle congénital. Ce retard peut alors s'exprimer selon deux versants : un excès de contraction (hypertonie) ou au contraire un relâchement exagéré (hypotonie).

L'hypertonie généralisée peut être liée à la difficulté d'appréhender et d'anticiper l'environnement. Cette incapacité à anticiper peut être très angoissante, et l'enfant se maintient alors dans un état d'hyper-vigilance pour prévenir toute situation imprévue. Les états d'éveil, de vigilance et d'attention étant liés au tonus, nous pouvons observer des

enfants malvoyants très toniques. Les notions de « cuirasse musculaire » de Reich (1928) ou de « paroi tonique » de Robert-Ouvray (2015) démontrent le rôle de barrière protectrice que joue le tonus contre les intrusions permanentes (contact, sons imprévus et imprévisibles) pour ces enfants privés de la vue. Ce bouclier tonique leur permet de lutter contre l'effet de surprise qui provient des stimuli environnementaux. Normalement, il s'atténue lorsque l'enfant se sent en sécurité, notamment dans les bras de son parent, ou dans un lieu repéré comme stable. Dans ce corps-à-corps, le dialogue tonique est normalement instauré, permettant à l'enfant de se relâcher. Chez certains enfants, cet état hypertonique ne cède pas. Nous pouvons aussi faire l'hypothèse que c'est un moyen de suppléer le manque de sentiment d'enveloppe corporelle, qui dépend notamment des interactions visuelles entre le bébé et son parent (dans la construction de l'arrière-plan par exemple). Ce serrage musculaire procurerait des sensations de rigidité dans tout le corps, qui s'en trouverait ainsi unifié, globalisé.

L'hypotonie, quant à elle, peut aussi être envisagée comme un moyen de se défendre contre les stimulations intrusives et surprenantes : la passivité, le repli, comme manière de contrôler l'anxiété ou les agressions extérieures.

Le tonus musculaire, en lien avec l'état psychique de l'individu, agit sur la posture.

La posture peut être apparentée à un mouvement d'attente entre deux mouvements. De plus, selon Sage (2008), la posture s'adapte au contexte de l'environnement car elle traduit l'état émotionnel et affectif de l'individu. Par conséquent, la posture nous renseigne sur l'état psychique mais aussi sur l'intention de la personne, chose que nous avons cependant du mal à percevoir chez le non-voyant. On observe alors souvent une cyphose, une attitude scoliotique, un axe du corps dévié, la tête penchée, la tête dans les épaules, une position repliée sur soi... Ces particularités sont dues à des difficultés de conscience corporelle proprioceptive ou kinesthésique. Selon Bullinger (2013, p. 120-122), les flux visuels sont aussi utiles pour contrôler la posture et situer le corps dans l'espace. De plus, ils participent aussi au réglage des mouvements des bras lors de la capture et de la manipulation d'objet. Ainsi, l'attitude et la posture contrôlent le maintien statique sur lequel s'appuie l'activité praxique.

Concernant les changements de posture, Beylier-Im (1999, p. 110-111) considère que l'enfant non-voyant ne peut les initier sans stimulation. Les retournements sont encouragés

par un appel sonore de proximité puis distancés pour inviter l'enfant au déplacement. Il est important de faire expérimenter les mouvements de retournement et de rotation à l'enfant, pour qu'il prenne conscience de ses possibilités motrices. La position assise est également suscitée par des stimulations sonores (verbales) mais dès que ces derniers cessent, l'enfant se relâche et se laisse glisser. C'est pourquoi, il va chercher à éviter cette position. Le réflexe parachute n'existe pas spontanément chez l'enfant non voyant. En effet, il ne perçoit pas la distance qui le sépare du sol. Cependant, les réflexes vestibulaires anti-gravitaires sont présents avec les réflexes d'agrippement à l'objet ou à la personne et une réaction antigravitaire de la tête et du tronc.

Chez l'enfant aveugle, les déséquilibres sont très insécurisants et lors des retournements, il va vivre des sensations de vertige et va alors rechercher au maximum l'immobilité. On observe alors une inhibition psychomotrice, induisant un retard dans les changements de positions spontanées. L'enfant aveugle s'assoit seul vers 12 mois.

Portalier et Vital-Durand (1998) soulignent l'importance de la vue dans le maintien des équilibres statiques et dynamiques. Que ce soit dans la station assise ou debout, le regard et notamment la fixation d'un point droit devant lui, permet à l'enfant de s'équilibrer. L'accroche visuelle est un élément essentiel complétant les informations vestibulaires. Chez l'homme, le regard intervient dans l'organisation posturale de la station debout se fait à partir du regard, celui-ci doit être horizontal. La personne aveugle, quant à elle, utilise les données proprioceptives et vestibulaires pour assurer son équilibre car elle ne peut pas prendre appui sur des repères visuels dans l'environnement pour s'aider à se stabiliser. De plus, par crainte ou par manque d'intérêt, elle explore très peu les situations de déséquilibre. Par conséquent, son polygone de sustentation est plus large, lui permettant un meilleur équilibre. En position statique ou lorsqu'elle marche, on peut ainsi observer qu'elle a les pieds ouverts et écartés

2.3.2 - Le développement moteur

Concernant le développement moteur, entre 6 et 9 mois, l'enfant voyant est capable de s'asseoir tout seul. Autour de 10 mois, la quadrupédie se met en place et entre 12 et 18 mois la marche s'initie à son tour. La motricité de l'enfant voyant se développe car l'enfant est avide de découvrir le monde qui l'entoure, d'attraper l'objet qu'on lui présente ou qui est situé plus loin dans son champ de vision.

Un étayage important doit être proposé pour que le tout-petit enrichisse son répertoire de schèmes moteurs dans un climat relationnel sécurisant.

Chez l'enfant aveugle, entre 12 et 14 mois, on peut observer l'apparition de la quadrupédie, mais c'est souvent une étape qui est sautée par l'enfant aveugle. La tête étant projetée en avant, ce n'est alors pas une position agréable pour l'enfant non-voyant. Selon Beylier-Im (1999, p. 111-112), la position en quadrupédie est généralement peu investie par l'enfant aveugle. Il trouve d'autres moyens de déplacement assis ou passe directement à la position debout. Dans l'équilibre statique, des oscillations d'avant en arrière et/ou latérale sont observées.

D'après Sagot (2007), le développement est en grande partie dépendant des parents et des personnes qui s'occupent de l'enfant. De plus, le développement des liens d'affection peut permettre le développement de la conscience du corps et des relations de ce corps avec l'espace par les expériences kinesthésiques et proprioceptives. Il permet dès lors de s'individualiser en s'affirmant et en prenant des initiatives par la manipulation des objets et en constatant une relation de cause à effet dans leur manipulation (par des mouvements de préhension et de coordination).

Le bébé aveugle est souvent hypokynétique, calme, il incite involontairement ses parents à le laisser tranquille. Ce schéma est un cercle vicieux car l'absence de stimulation entraîne l'absence de mouvement. De plus, certains parents, par crainte que leur enfant se blesse, ou parce qu'ils le croient incapable de se déplacer seul, ont tendance à le déplacer d'un endroit à l'autre. Cela retarde d'autant plus l'acquisition de la locomotion autonome. Fraiberg (cité par Galiano & Portalier, 2013, p. 64) a en effet évalué le retard dans le développement moteur chez des bébés aveugles 10 mois plus tard qu'un enfant non atteint de cécité.

Selon Beylier-Im (1999, p. 112), avec un entraînement régulier, la marche autonome peut être acquise vers 19 mois chez des enfants aveugles. En l'absence d'entraînement, elle s'acquiert plus tardivement, vers 24 mois environ.

La construction cognitive de l'espace étant difficile pour l'enfant aveugle, cette marche est alors dépourvue de motivation et plutôt mécanique, rigide, voire hésitante.

De plus, on observe souvent, chez l'enfant aveugle, une absence de conscience du danger. En effet, cela peut prendre du temps, avant que l'enfant ne comprenne qu'il y a des objets

autour de lui et que, lorsqu'il va se mettre en mouvement, il va se rapprocher ou s'éloigner de ces objets. Il peut alors se lancer dans l'espace sans avoir conscience des obstacles qu'il peut rencontrer. Utiliser les bras comme boucliers lors de la marche n'est pas spontané mais le résultat d'un apprentissage. L'apprentissage de la marche inclut un travail sur les sensations kinesthésiques, la sollicitation du système vestibulaire en équilibre statique puis dynamique, un sens des masses développé (perceptions des vides et des pleins) et un entraînement au repérage sonore et multi sensoriel qui va orienter le déplacement. L'attention permanente à chercher des repères lors d'un déplacement explique la difficulté qu'ont les aveugles à marcher vite ou à courir.

Lors des déplacements, l'élargissement du polygone de sustentation s'accompagne souvent d'une flexion des genoux limitée, d'une raideur corporelle globale, d'un faible déroulé du pied et de pas plutôt lents et irréguliers, avec une recherche de contact du sol, des appuis plutôt avec le talon ou la pointe de pied, des mouvements asymétriques et une posture de déviation vers l'arrière, ainsi qu'une tendance à « virer » à droite ou à gauche, causée par une difficulté majeure à maintenir une trajectoire rectiligne due au manque de repères spatiaux.

D'autre part, on remarque en effet que la personne aveugle va beaucoup explorer avec ses pieds. Elle traîne ses pieds afin de garder contact avec le sol le plus longtemps possible et donc de réduire le temps de déséquilibre, mais aussi pour sentir, tâter avec le pied la qualité du sol et ses variations. De plus, un ancrage auditif supplée l'ancrage visuel dans l'équilibre postural et dynamique ce qui modifie l'ergonomie de la marche.

On retrouve aussi beaucoup de personnes non-voyantes qui ont la tête fléchie vers le bas, en lien avec l'incompréhension de l'intérêt à redresser sa tête pour regarder son interlocuteur. Il peut alors y avoir des déformations squelettiques.

L'enfant aveugle peut ainsi désinvestir le mouvement ou à l'inverse le surinvestir, via une agitation motrice permanente, née d'une recherche de sensations, ou ayant une fonction de décharge émotionnelle.

L'imitation intervient également dans le développement moteur. L'enfant tente de reproduire ce qu'il voit faire par les autres. Là encore, l'absence de vision peut avoir une influence négative. C'est aussi la vision qui permet de coordonner les mouvements et de

les ajuster à l'environnement. L'enfant aveugle doit alors développer ses autres sens, pour apprendre à se mouvoir en sécurité.

2.3.3 - Le développement de la motricité fine

Dans le développement ordinaire, on voit qu'un enfant, à partir de 2 mois, commence à suivre du regard les objets volumineux. Vers 3 ou 4 mois, il explore davantage les objets visuellement et manuellement. La vision suscite la curiosité et l'amène à s'intéresser à ce qu'il y a autour de lui. A 4 ou 5 mois, la coordination oculo-manuelle se met en place.

Wallon (1995) a énoncé 3 lois traitant de l'évolution de la motricité fine :

- La loi de différenciation : la motricité passe de mouvements globaux involontaires à des gestes fins et volontaires.
- La loi de variabilité : la motricité progresse de manière générale mais l'évolution peut être marquée par des stagnations, des arrêts, voire des régressions.
- La loi de succession : tous les enfants passent par les mêmes étapes de développement, l'ordre de maturation est établi au niveau génétique.

Ces lois s'appliquent aussi à l'enfant aveugle qui, s'il est correctement soutenu et stimulé, doit acquérir les schèmes moteurs de base même si son rythme de développement est plus lent.

En effet, vers 4 ou 5 mois, le bébé aveugle ne peut manipuler que ce qu'il trouve au hasard de ses mouvements, et ce qu'on leur présente directement dans sa main, car les réflexes d'agrippement (« *grasping reflex* ») sont présents.

On observe un retard dans l'acquisition des coordinations manuelles car l'exploration est suspendue dès que l'enfant va lâcher l'objet. Elle est de surcroît plus pauvre, partielle et inadaptée car il n'y a pas la représentation visuelle globale.

Selon Fraiberg (cité par Galiano & Portalier, 2013, p. 67) , chez l'enfant aveugle, la coordination visuo-manuelle ne peut se mettre en place, elle sera remplacée par la coordination audition-préhension. Celle-ci est plus longue à se mettre en place et n'advient qu'autour des 12 mois. C'est un préalable pour l'acquisition de la *permanence de l'objet*. Celle-ci désigne un principe suivant lequel un objet, lorsqu'il échappe à l'appréhension perceptive, ne cesse pas d'exister et peut donc être retrouvé, identique

à lui-même, à différents moments du temps. Elle se met en place vers 16 mois pour des aveugles complets, rapporte Bigelow (1991).

Le nourrisson aveugle utilise peu ses mains. Elles restent « molles » jusqu'à 6 ou 7 mois et elles n'explorent pas spontanément ce qui les entoure. Généralement, il va garder ses mains dans la bouche ou au niveau des épaules en rétractation.

2.3.4 - Le développement du langage

Dans le développement ordinaire, on voit apparaître les premiers mots vers 10 mois et la capacité d'imiter vers 18 mois. L'enfant aveugle va, quant à lui, avoir tendance à s'isoler socialement. On constate cependant que le langage est peu affecté et est même plutôt bien investi par l'enfant aveugle. Il peut en effet se montrer très curieux, en posant par exemple de nombreuses questions sur les gens qui les entourent et cherche également à les connaître en utilisant leurs autres sens : toucher, odorat, ouïe.

On observe cependant un retard dans la maîtrise des pronoms. Différentes hypothèses sont alors envisageables : le phénomène d'écholalie d'une part (l'enfant répond « oui tu aimes le chocolat » lorsqu'on lui demande « tu aimes le chocolat ? ») et la difficulté à se construire en tant que sujet, puis à se décentrer d'autre part. L'utilisation très grande et, avec la pratique, souvent très raffinée qu'il fait de son audition, favorise le développement et l'usage du langage. Par contre, il est très sensible à la modulation du langage et peut imiter l'intonation des mots avec ou sans phonèmes. De manière générale, un retard d'acquisition du langage est observé puis résorbé vers 3-4 ans.

Il peut aussi avoir des difficultés à comprendre l'expression émotionnelle de son interlocuteur et à percevoir l'infra-verbale et les mimiques. La plupart d'entre elles sont apprises par imitation dans les moments d'interaction avec l'entourage. Raynard (2003) précise que chez la personne aveugle, la communication par le regard est perturbée sur trois niveaux : regarder l'autre, décrypter son regard, être regardé sans possibilité de rétroaction. De plus, leur regard est régulièrement tourné vers le sol ou le ciel. En ce qui concerne le sourire, il traduit une relation affective positive ou représente un sentiment d'apaisement. De nature réflexe chez le nourrisson, il devient volontaire avec la maturation neurologique. Cosnier (1997) précise qu'il tend à disparaître chez l'aveugle puisqu'il n'y a pas de renforcement positif lors de sa réalisation. Selon Corraze (2001), l'expression des émotions possède une dimension non acquise et non imitative car « on trouve chez des

enfants aveugles de naissance privés donc de la réception du canal visuo-facial, des communications ou des expressions identiques à celles du sujet voyant ». Due à l'absence de renforcements visuels, la personne aveugle est alors peu expressive au niveau émotionnel. Elle peut tout de même présenter une communication corporelle au cours des interactions. Cependant selon Cosnier (1997), elle le fait « souvent mal » car elle n'a pas accès à l'imitation visuelle concernant les habitudes des voyants. Par conséquent, la gestualité spontanée de l'enfant est enrayée, occasionnant souvent des difficultés relationnelles.

2.3.5 - Le développement relationnel

Dans le développement ordinaire, le bébé, entre 0 et 2 mois, commence à reproduire des mimiques. À partir de 3 mois, il suit un objet des yeux.

La communication parent-enfant à un rôle primordial à cet âge-là. Le regard joue alors un rôle très important dans le développement du bébé. Rubson (2000, p. 60-61) parle de contact « œil-œil » qu'il caractérise comme une attraction réciproque des visages. Le bébé est fasciné par le visage de sa mère. Le contact « œil-œil » dépasse la simple fixation réciproque, c'est le moteur des interactions précoces et de l'attachement maternel. Le regard du nouveau-né suscite des conduites d'échange et de communication.

Lairy (2004), a montré, chez l'enfant aveugle, l'importance du contact « corps à corps » comme se substituant au contact « œil à œil » de l'enfant voyant. Cela montre une adaptation du nouveau-né et de sa mère afin d'établir l'interaction précoce et le lien d'attachement. Le terme « d'attachement maternel » employé par Bowlby (cité par Lahouel-Zaier, 2018) est défini comme un lien affectif spécifique d'un individu à l'autre, avec un besoin inné de maintenir la proximité avec le partenaire maternel. La mère est alors confortée dans son rôle. Celle-ci devient un repère sécurisant pour son enfant, qui pourra ensuite s'en détacher afin de découvrir le monde et nouer des relations sociales.

D'autre part, Grenier (1997) montre qu'en soutenant l'enfant sous la nuque et le bassin, c'est-à-dire en l'installant en position de motricité libérée, on observe un échange par le regard de quelques secondes avec le parent dès deux semaines de vie. La position pendant l'allaitement est propice aux échanges car la distance entre les visages est faible, permettant une vision plutôt nette des points d'accroche visuelle sur le visage de la mère.

Ajuriaguerra (1974) parle quant à lui de « regard vision » pour ce qui est perceptible du développement de l'activité visuelle de l'enfant et de « regard sortilège » pour les domaines de l'interaction et de la relation. Selon lui, le regard a un double aspect : le regard de l'enfant et sa signification donnée par sa mère. Dès la naissance, la mère valorise son enfant par son regard. Inversement, le regard de l'enfant attire celui de sa mère, la rassure et la gratifie. La vue est donc un sens essentiel permettant l'instauration d'une relation précoce, fondamentale au bon développement de l'enfant.

La vue est un sens à distance, la relation avec l'objet ne s'interrompt pas quand il s'éloigne car cet objet reste dans le champ visuel. Le regard facilite la séparation : un contact perceptif demeure malgré l'absence du corps-à-corps. Cela permet au bébé d'évoluer sous le regard narcissisant de son parent, sans être dans un corps à corps symbiotique qui empêcherait cette individuation.

Selon Beylier-Im (1999, p. 108), l'absence de regard dans les échanges mère-enfant, les défauts de repères par rapport à l'environnement et la difficulté dans les processus d'identification/individualisation perturbent le développement de l'enfant. La perturbation des interactions précoces mère-enfant est entre autre responsable des troubles de la communication d'une part, et peut, d'autre part entraîner l'enfant vers une hypokinésie (enfant passif, peu mobile spontanément) ou hyperkinésie compensatrice (l'enfant se créant ses propres stimulations pour combler le vide relationnel). L'absence de regard dans les échanges mère-enfant risque de déprimer la mère qui se désinvestit et cesse de stimuler son enfant, elle peut également perdre confiance en sa compétence à sentir et comprendre son enfant. Le *holding* et le *handling* sont alors perturbés.

Concepts développés par Winnicott (cité par Lehmann, 2003), le *holding* est le fait de tenir, de contenir et s'observe lorsque la mère soutient son bébé par ses soins, sa protection, ses bercements, permettant ainsi de tempérer des excitations qui pourraient venir l'agresser, l'envahir et dès lors, altérer l'intégration du moi de l'enfant ; le *handling* correspond à la manipulation physique, aux soins prodigués à l'enfant lui permettant de se constituer une intériorité et des limites corporelles.

La relation symbiotique avec la mère est fréquemment observée du fait des attitudes de surprotection consécutives au handicap et de l'absence de mise à distance qu'amène habituellement le regard. Des réactions de rejets peuvent être remarquées, c'est pourquoi

l'accompagnement parental est important pour prévenir les troubles réactionnels associés à la cécité (comme l'autisme).

De plus, l'interlocuteur voyant, déstabilisé par l'absence de regard mutuel, peut avoir le sentiment de ne pas être écouté, pas compris, parce qu'il ne reçoit pas le signal visuel d'une « attention mutuelle » attendue pour poursuivre l'échange. Ne pouvant s'appuyer sur le regard, les voyants vont parfois essayer de renforcer leur discours et l'interaction, généralement en parlant plus fort, signifiant ainsi le sentiment éprouvé de n'avoir pas été entendus préalablement, pouvant alors créer un malaise.

Dans le développement ordinaire, à 6 mois, l'enfant tend les bras pour demander à être porté. A 9 mois, on observe l'apparition d'une *anxiété de séparation* qui correspond à une inquiétude excessive survenant chez l'enfant séparé de ses parents ou de son domicile. Au même âge, l'enfant aveugle, quant à lui, est très tributaire de l'environnement. Il a énormément besoin de guidance physique et se trouve davantage dépendant de l'autre qu'un enfant qui va pouvoir se retourner, se déplacer seul et qui va s'intéresser visuellement à ce qui l'entoure. On observe alors, chez l'enfant aveugle, que l'anxiété de la séparation apparaît plus tard, vers 12 mois.

Concernant la distance relationnelle, Hall (1971) a développé la notion de *proxémie* en montrant le lien entre la dimension des espaces et la culture des protagonistes engagés dans l'interaction. De plus, il considère le fait que chaque personne possède son propre rapport à l'espace. Il dépend de l'expérience personnelle, de l'état de sécurité affective et du fonctionnement sensoriel. L'auteur établit ainsi une classification des différentes distances relationnelles chez l'homme :

- La distance intime (0 à 40cm), qui est réservée aux relations intimes intégrant le partenaire amoureux ou les enfants.
- La distance personnelle (40cm à 1,20m), qui « s'étend jusqu'aux limites de la prise physique sur autrui ». Elle correspond à l'affectivité et la proximité tolérée dans la vie publique.
- La distance sociale (1,20m à 3,50m), qui représente la distance des relations interpersonnelles directes en excluant les relations intimes et amicales. Celle-ci se termine lors que la communication n'est plus audible.
- La distance publique (3,70m et plus) ne permet plus d'entendre une conversation. Toutefois, elle est utilisée par exemple lors de conférences. Le discours s'adresse à

l'ensemble des personnes. Le toucher appartient donc à la distance intime et personnelle.

Les aveugles congénitaux, dans la relation, sont souvent trop proches pour les voyants. En effet, la distance intime reste la plus efficace dans la perception des communications non-verbales. C'est pourquoi, il leur est souvent compliqué de réguler la proxémie. Généralement, au cours de l'enfance l'aveugle pense ne pas être vu puisqu'il ne voit pas.

2.3.6 - Le développement cognitif

Sur le plan cognitif, l'enfant ayant une déficience visuelle a le même potentiel que tout autre, cependant son développement cognitif ne se fait pas au même rythme que celui de l'enfant voyant. Concernant le jeu symbolique, il n'y a pas beaucoup de différence avec un enfant qui a un développement ordinaire. À 4ans, chez l'enfant voyant, on constate l'apparition de la *théorie de l'esprit*. La théorie de l'esprit désigne la capacité d'attribuer des états mentaux à soi-même ou aux autres et d'interpréter le comportement d'autrui. Elle permet donc de donner un sens aux comportements sociaux et aux communications. Chez l'enfant aveugle, la théorie de l'esprit n'arrive qu'entre 5 et 12 ans.

D'autre part, chez l'enfant aveugle, les notions temporelles (l'ordre, la durée etc.) ne sont pas impactées.

Au sujet de l'espace, Bullinger (2013) décrit l'inter-relation entre les schèmes moteurs de base et la construction primaire de l'espace chez l'enfant de la manière suivante : « les étapes du développement sensorimoteur peuvent se caractériser comme une succession d'espaces emboîtés que l'enfant habite et s'approprie ». Cette succession d'espaces se présente de la manière suivante :

- L'espace utérin est la source des premiers flux sensoriels.
- L'espace oral : la bouche est la première zone investie. Pendant la tétée, le lait passe du sein (ou biberon) à la bouche du bébé. Les notions d'extérieur et intérieur sont ainsi préalablement éprouvées.
- L'espace du buste : les mouvements de flexion et d'extension du bébé lui font ressentir l'avant et l'arrière de son corps.
- L'espace du torse : le bébé peut ensuite expérimenter les mouvements de rotation du buste à partir du bassin, ce qui soutient l'intégration des espaces latéraux droit et gauche.

- L'espace du corps : c'est le début de la locomotion, de l'investissement du bas du corps et donc de la coordination et dissociation entre le haut et le bas.

À 18 mois, dans le développement ordinaire, l'enfant est en pleine phase d'imitation et il est capable d'utiliser des repères excentrés, c'est-à-dire extérieurs à lui-même, contrairement à l'enfant aveugle, qui va plutôt utiliser des repères égocentrés. En effet, l'organisation de l'espace chez l'enfant non-voyant passe beaucoup par le toucher et l'audition.

De plus, selon Beylier-Im (1999, p. 118), le langage intervient aussi dans l'élaboration de la représentation spatiale. L'espace de l'aveugle est morcelé en deux zones indépendantes : tactilo-kinesthésique en deçà des bras (espace brachial) et auditive au-delà. Les mots posés vont permettre à l'aveugle d'élaborer une synthèse des deux canaux d'information et d'avoir une représentation de l'espace.

Cet important retard de la construction cognitive de l'espace entraîne alors une faible motivation pour se déplacer et engendre dès lors une inhibition motrice et une élaboration du schéma corporel plus lente. Les performances liées à l'espace sont proportionnelles à l'expérience sensorimotrice et l'espace proche va être beaucoup plus investi que l'espace lointain.

Au sujet des représentations mentales, elles peuvent tout à fait exister et sont simplement issues de modalités sensorielles différentes. Il est d'ailleurs intéressant de questionner un aveugle congénital sur sa manière de se représenter l'espace car il n'a aucune image visuelle, il peut donc être difficile pour les bien-voyants de se représenter ce qu'est une image non-visuelle

En effet, la vision, joue un rôle dans l'intégration des concepts. À défaut de vision chez l'enfant aveugle, il faudra alors mettre à contribution le toucher. Par exemple, c'est par la comparaison entre une maquette ou des jouets (maisons et édifices miniatures) et l'expérience que l'enfant peut avoir d'une maison et de sa hauteur perçue dans ses déplacements, qu'il pourra arriver à en déduire le concept de gratte-ciel.

2.3.7 - Le développement de la sensorialité et des compensations sensorielles

Selon Hulsegge et Verheul (1989), par le biais de nos sens, nous prenons conscience de notre entourage immédiat. L'inconnu éveille en nous le désir de la découverte. Mais, dans un premier temps, il peut éveiller la crainte.

On pense souvent qu'un enfant aveugle a des compétences extraordinaires, concernant notamment le sens du toucher et de l'audition. Il n'y a en fait pas de supériorité sur les seuils sensoriels, en revanche, il y a un entraînement et une orientation de l'attention qui est amenée différemment : celle-ci est portée sur les autres sens et entraîne une collecte d'informations plus performante via ces derniers..

Du côté de la plasticité cérébrale, le cortex visuel est aussi activé chez le non-voyant mais par d'autres sens que la vue. Il utilise donc les sens fonctionnels à sa disposition : on parle de vicariations sensorielles.

Concernant la cécité, c'est principalement le toucher et l'ouïe qui sont investis de manière privilégiée pour avoir accès à la connaissance du monde extérieur, mais il y a aussi le goût, l'odorat, la proprioception et le sens vestibulaire, qui jouent un rôle secondaire dans les compensations sensorielles.

- **Le toucher**

Le toucher est le sens prédominant dans le cas de la cécité. Il permet d'accéder aux principales propriétés d'un objet, excepté la couleur. En revanche, ce sont des explorations qui sont successives et qui ne se font que sur ce qu'on touche à un instant donné. Il y a donc une sensibilité de contact et les objets doivent être suffisamment près et de taille adaptée pour pouvoir les explorer correctement. Le sens tactile concerne l'ensemble du corps (récepteurs cutanés à la pression) mais l'organe du toucher principal, auquel on pense premièrement, c'est la main.

Contrairement à la vision, qui est un sens à distance, le toucher permet d'explorer toutes les caractéristiques d'un objet que l'on pourrait découvrir par la vision, avec notamment la forme, la taille, la localisation, l'orientation, la distance et la texture des objets. Le toucher est un sens de contact qui implique une action volontaire de la part du sujet.

Pour Beylier-Im (1999, p. 113-114), « l'acquisition d'un toucher efficace prend en compte l'aspect sensible de la fonction du toucher et l'aspect psychomoteur de l'utilisation des mains ».

Selon Blossier (2000, p.73), sur le plan psychomoteur, les stimulations tactiles ont un effet bénéfique sur la construction du schéma corporel et de l'image du corps. Par le toucher, la personne peut découvrir des sensations de plaisir et de bien-être restructurant permettant progressivement une consolidation et une représentation unifiée du corps.

On pense souvent que, pour certains aveugles, il est facile de toucher. Or, on peut parfois observer des réticences à toucher certaines textures et une appréhension au contact. Il y a alors un entraînement nécessaire qui est fait pour les personnes déficientes visuelles afin d'investir les mains, les pieds et les aider à développer le sens du toucher pour mieux interpréter toutes les informations qu'ils vont recevoir. Ceci fait intervenir l'attention et la mémoire de synthèse.

Il y a deux types de toucher : le toucher passif, qui donne un champ perceptif plutôt réduit et le *toucher haptique* (ou tactilo-kinesthésique), révélé par Lederman et Klatzky (cité par Hatwell, 2003, p. 83). Le toucher haptique est une façon de toucher qui comprend le toucher passif et quelques mouvements volontaires que l'on fait avec les doigts et qui vont permettre d'explorer l'objet :

- Pour percevoir sa texture, on va réaliser un frottement latéral.
- Pour son poids, on va soupeser l'objet.
- Pour sa dureté, on va appuyer dessus, exercer une pression.
- Pour obtenir des informations sur sa forme globale, sur le volume, on va l'envelopper.
- Pour sa température, on utilisera plutôt un toucher statique.

L'exploration tactile peut être couplée à d'autres vicariations, afin d'apporter une information plus complète : certains enfants sentent ou tapotent les objets par exemple

- **L'ouïe**

L'ouïe, deuxième vicariance la plus sollicitée, fonctionne de la même manière que le système visuel : le son est une onde qui fait vibrer le tympan, ce qui excite le nerf auditif et transmet l'information au cortex. « Ces vibrations dépendent des caractéristiques des objets

émetteurs (matériau, taille, forme, etc.), de celle de l'action qui produit cette vibration (percussion, grattement, etc.) » explique Hatwell (2003, p. 83).

L'audition va donner beaucoup d'informations liées à l'espace, dont notamment la localisation de la source sonore, sa direction et sa distance par rapport à soi et toutes les autres propriétés, telles que le volume, la position, les déplacements que l'on va pouvoir identifier.

L'ouïe est le sens qui va susciter la curiosité et la motivation, normalement apportée par la vision chez un enfant qui a un développement normal. Elle permet aussi l'acquisition et l'utilisation du langage, et dès lors, des représentations symboliques.

En effet, chez la personne aveugle, la communication va beaucoup passer par l'audition.

Selon Piriou (1999), il existe tout de même des risques en lien avec l'audition : un bruit non identifiable, fort et /ou soudain peut être source de stress chez la personne aveugle. Il est donc important de l'aider à se créer une banque de données sonores.

En effet, leur représentation mentale s'appuie sur des évocations kinesthésiques, verbales et auditives. Certains enfants reconnaissent alors davantage les objets par l'audition que par le toucher.

Le non-voyant peut aussi présenter une hyper attention auditive. Il va alors devoir apprendre à hiérarchiser l'importance de telle ou telle source sonore. En effet, lorsqu'on porte notre attention sur tous les bruits qui nous entourent, on ne peut pas savoir où se situe le danger et ce qui est le plus important à prendre en compte ou non.

Il existe une méthode qui permet à la personne aveugle de se repérer et de se déplacer dans l'espace, grâce aux sons qu'il émet : il s'agit de « L'écholocalisation », c'est-à-dire la capacité à localiser les obstacles en l'absence de perception visuelle, se base sur la réverbération de l'onde sonore sur les objets situés sur son trajet. La personne réalise alors des sons avec sa canne ou avec sa langue et écoute leur écho dans l'espace pour localiser, et dans une moindre mesure identifier, les éléments de son environnement.

Il peut aussi s'appuyer sur *le sens des masses*, qui est la capacité de percevoir les pleins et les vides qui l'entourent (bâtiments, ouvertures, etc.).

- **Le gout et l'odorat**

L'information tactile peut être enrichie par le contact avec les lèvres, très sensibles et cette sensation peut être conjuguée avec le goût de l'objet et l'odeur qui en provient. Chaque objet, ou matière, possède une odeur caractéristique que l'enfant apprend à différencier. L'odeur corporelle, propre à chaque individu, est un moyen fiable pour l'enfant aveugle d'identifier les personnes qui l'entourent. Cependant, l'enfant délaisse progressivement ce mode de compensation car l'entourage familial ou éducatif ne l'encourage pas.

- **Le système vestibulaire**

Le système vestibulaire est le système sensoriel principal de la perception du mouvement et de l'orientation par rapport à la verticale. Il est donc à la base du sens de l'équilibre. Les récepteurs sensoriels du système vestibulaire sont situés dans l'oreille interne.

Selon Odent (2000), le système vestibulaire est en interaction avec la vue dès la naissance. Les récepteurs vestibulaires sont sensibles aux accélérations. Les informations reçues par les récepteurs vestibulaires participent à notre équilibration et contrôlent certains mouvements oculaires servant à stabiliser notre vision lors de déplacement.

Chez l'enfant non voyant, le manque de stimulation du système vestibulaire peut amener des troubles de l'équilibre.

- **La proprioception et la kinesthésie**

On le qualifie de sixième sens. Les capteurs proprioceptifs des tendons, articulations et muscles, mais aussi l'orientation des canaux vestibulaires renseignent sur la position du corps.

La kinesthésie est la perception du mouvement. Elle influe sur les capacités d'ajustement postural et dynamique,. Ainsi, pour Beylier-Im (1999, p. 116), les informations kinesthésiques concernent la direction des mouvements, leur amplitude et leur vitesse, l'effort musculaire requis et les tensions ou contraintes imposées par l'action.

L'enfant aveugle va en partie s'appuyer sur ses sensations proprioceptives et kinesthésiques dans l'élaboration de sa conscience corporelle, mais ces perceptions ne suffisent pas. Ainsi, l'absence d'imitation, le manque d'exercices physiques, la difficulté de percevoir son corps dans sa globalité, font que souvent l'aveugle à une représentation

morcelée de son corps. De plus, cette représentation va dépendre des expériences corporelles faites et de ce que le voyant lui aura verbalisé.

2.3.8 - Autre compensation sensorielle : le *blindisme*

Ces représentations corporelles assez morcelées peuvent amener le sujet aveugle à chercher des sensations d'unité du corps dans certains mouvements, appelées « *blindismes* ». « Ce sont des stéréotypies gestuelles ou rythmiques qui accompagnent un discours, une émotion, ou qui sont présentes dans l'inaction », définit Beylier-Im (1999, p. 117). Il peut s'agir de mouvements corporels globaux ou segmentaires, décrits comme des « décharges motrices de sécurisation ou d'auto-bercement, de stimulation du système vestibulaire, voire l'expression de l'émotion qui surgit » selon cet auteur. Ces mouvements peuvent être soutenus par un discours, une émotion et se manifester par des balancements d'avant en arrière, des mouvements de balayage de la tête, une agitation des mains, des tournoiements, des signes digito-oculaires (enfoncement des doigts dans les globes oculaires pour percevoir des flashes lumineux). On peut aussi observer un blindisme verbal avec des écholalies, des bruitages.

Ils ont donc une valeur d'autostimulation et s'observent dans plusieurs situations : lorsque la personne vit une situation d'isolement sensoriel ou bien lorsqu'elle s'ennuie, lorsqu'elle souffre ou encore lorsqu'elle est confrontée à une situation stressante. Toutefois, on le voit souvent diminuer lors d'une activité perceptive intéressante.

Ces gestes sont très fréquents chez le jeune enfant, mais déclinent généralement vers 6 ou 7 ans, lorsque l'enfant est en mesure de s'adapter socialement. Cela s'observe davantage chez les aveugles congénitaux.

C'est une caractéristique spécifique des non-voyants, mais ces stéréotypies n'altèrent pas la qualité de présence du sujet comme dans les troubles autistiques ou psychotiques. Quand on lui fait remarquer ou qu'il prend conscience de ses manifestations, le sujet peut les cesser instantanément. Il est alors important d'aider l'aveugle à en prendre conscience pour mieux l'intégrer à la société. En effet, il ignore l'image qu'il renvoie aux autres (confusion avec les stéréotypies psychotiques), qui peut alors susciter un rejet ou une exclusion.

Il va donc être important, en tant que psychomotricien, d'apprendre au patient à gérer son stress et à l'aider à développer sa capacité à s'occuper seul. Cela nécessitera, dans un

premier tant, l'apport d'une contenance psychique voire physique, qui lui permettra alors de se « rassembler », puis de s'apaiser, qui lui redonnera un sentiment d'unité corporelle.

2.3.9 - Le sentiment de corporéité

Le sentiment de corporéité se développe par étapes au cours desquelles l'enfant prend progressivement conscience de son corps. Les travaux de De Lievre et Staes (1993, p. 27) décrivent les différentes étapes par lesquelles passe l'enfant pour construire la représentation de son corps:

- Le corps subi (de 0 à 3 mois) : Le nourrisson est dans une phase de dépendance absolue. Il subit sa vie sans pouvoir lui-même décider ni répondre à ses besoins. A cette période, la mère se rend disponible pour répondre aux besoins de son bébé (affections, alimentations, toilette). D'après De Lievre et Staes (1993, p. 28), sa « motricité est fœtale : vécue en masse, elle est inadaptée, explosive. Son activité est segmentaire, bilatérale et asymétrique. Sa motricité est réflexe ».
- Le corps vécu (de 3 mois à 3 ans) : Progressivement, les réflexes archaïques vont disparaître pour laisser place à la motricité volontaire. L'enfant apprend ainsi à se mobiliser, se déplacer, manipuler ou regarder suivant le but à atteindre. Puis, vers 1 an et demi, l'enfant peut se reconnaître dans le miroir. Cette étape correspond au passage d'une image morcelée à une image unifiée. De plus, l'imitation joue un rôle indispensable dans cette unification.
- Le corps perçu (de 3 à 7 ans) : Ce stade permet à l'enfant de développer ses sensations et de commencer à en prendre conscience. De plus, c'est aussi à cette période que le jeu symbolique se met en place : l'enfant exprime alors ses émotions par des gestes et des mimiques.
- Le corps connu : L'enfant acquiert une connaissance topologique et un repérage topographique des éléments corporels. De plus, la verbalisation corporelle se met en place, permettant de s'assurer de la bonne intégration des connaissances corporelles.
- Le corps exprimé : L'enfant exprime ses idées mais aussi ses émotions à travers son corps. Ce stade va s'établir tout au long de la vie de l'individu.
- Le corps maîtrisé : « L'enfant évolue au niveau moteur et maîtrise de plus en plus ce potentiel moteur. Cette partie du schéma corporel recouvre toutes les périodes de la vie de l'enfant et sera reprise lors de toute activité de prise de conscience d'un apprentissage moteur. »

Une dernière notion alimente le sentiment de corporéité : la représentation mentale du corps. Elle est décrite par Auclair (2011). D'après lui, elle possède trois niveaux. Le premier est le *schéma corporel* qui correspond à la représentation spatiale et dynamique des parties du corps élaborée par des informations sensorielles et motrices. Le deuxième niveau se base sur les caractéristiques visuo-spatiales du corps : organisation, description structurale et relations entre les différentes parties du corps. Enfin, le dernier niveau, qui correspond à l'image du corps constituant une représentation de la perception du corps propre.

Le schéma corporel est défini par De Ajuriaguerra (1974, p. 53) de la manière suivante :

« Edifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »

Dolto (1992, p. 22) a ensuite introduit la notion d'*image du corps* en la distinguant du schéma corporel :

« Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit. C'est lui, ce schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une subjectivité, d'une relation libidinale langagière avec les autres qui, sans lui, sans le support qu'il représente, resterait à jamais fantasme non communicable. »

Ainsi, l'image du corps est inconsciente et évolue tout au long de la vie. Elle est constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes. L'image de base assure à l'enfant la certitude que son corps repose sur le sol ferme qui le porte et le supporte. L'image fonctionnelle correspond au ressenti d'un corps fébrile, tendu vers la satisfaction des besoins et des désirs. Enfin,

l'image érogène où s'exprime la tension des pulsions se rapporte aux satisfactions et aux manques.

Pireyre (2015) insiste sur le fait que « l'image du corps ne peut-être monolithique. Elle ne peut qu'être composée de plusieurs éléments différents ». Il relève alors neuf sous composantes permettant d'accéder à l'image du corps : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques.

D'après les écrits de Lissonde (1984), la représentation mentale du corps, chez l'enfant aveugle, s'instaure vers l'âge de 7 ans grâce à l'intégration des données proprioceptives, posturales, tactiles et kinesthésiques compensant l'absence de vision. Par conséquent, cette représentation mentale évolue au cours du temps, tenant compte du développement psychomoteur et des expériences que le sujet rencontre.

Selon Y.Hatwell (2003, p. 10), «La proprioception visuelle fournit à la proprioception corporelle et au système vestibulaire un cadre de référence à l'intérieur duquel l'enfant voyant situe plus facilement son corps et les segments de ce corps ».

Généralement, s'il n'y a pas de trouble cognitif associé, l'enfant aveugle connaît bien le nom des parties du corps et peut les montrer sans difficulté. La somatognosie ne reflète cependant pas le niveau de construction du schéma corporel. En effet, l'enfant aveugle a des difficultés à repérer les différentes parties de son corps les unes par rapport aux autres et la position de son corps et de son geste dans l'espace. Le schéma corporel, privé d'informations visuelles, doit se construire à partir des autres sens disponibles, mais qui n'apportent pas cette vision unifiée du corps.

Dès lors, comment favoriser le développement de la conscience corporelle, du sentiment d'habiter son corps, chez le jeune aveugle ? Quel outil ou méthode mettre en œuvre pour permettre cette élaboration ?

3 - INTÉRÊT D'UNE ALLIANCE ENTRE LA MUSICOTHÉRAPIE ET LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS L'ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE

« La musique n'est pas que création, elle est aussi une forme de thérapie dont les enjeux et les effets sont à prendre en compte pour les thérapeutes que nous sommes », explicite Pijulet (2010).

3.1 - La musicothérapie

La Fédération Française de Musicothérapie la définit comme :

« une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation. Elle s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique, et l'histoire du sujet. Elle utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le registre verbal et/ou non verbal ».

Elle s'exerce selon trois axes thérapeutiques tels qu'un axe concernant l'expression et la rééducation comportementale dit aussi « musicothérapie active » ; un axe psychothérapeutique orienté vers le soutien, qu'on appelle « musicothérapie réceptive » et un axe orienté vers la relaxation.

La musique comme médiation peut être indiquée pour : des troubles de l'humeur ; une dépression ; une inhibition verbale et/ou comportementale ; de l'hyperactivité et/ou un déficit attentionnel ; des troubles du langage et de l'expression ; des troubles de la communication, des troubles de la temporalité et le rapport perturbé entre espace-temps ; un manque de confiance en soi, ou encore lorsque l'investissement corporel est difficile et/ou que l'image du corps est perturbée.

3.2 - Liens entre musicothérapie et psychomotricité

La musicothérapie utilise la musique comme outil central ou tout élément s'y rapportant tel que le son, le rythme, la mélodie et le mouvement. Elle favorise l'échange, la communication, l'extériorisation, l'expression des ressentis relatifs aux difficultés vécues par le patient. Ces processus sont aussi convoqués en psychomotricité, ainsi que la mobilisation du corps et la réhabilitation des fonctions psychomotrices qui seraient perturbées ou altérées.

Par la médiation musicale, la psychomotricité travaille donc autour de l'engagement corporel : elle accompagne, soutient le geste, y met du sens. Elle aide à prendre conscience de soi en train d'agir et favorise un retour sur soi, en incitant le sujet à prendre du recul et à interpréter ses éprouvés. Elle tente de donner du sens à ce qui se joue dans la relation entre les membres du groupe.

La psychomotricité n'incite pas seulement à la mise en mot des éprouvés, mais favorise aussi la mise en acte, via le geste, le mouvement dansé, la percussion, le jeu d'un instrument, etc.

Elle intervient ainsi dans l'élaboration de l'expérience corporelle, de la mémoire du corps et favorise dès lors la construction psychique de l'individu.

3.3 - Les caractéristiques de la musique

La musique est multivoque et présente maintes caractéristiques. Elle agit sur le corps (le tonus, la posture, la motricité, les sensations) mais aussi sur la psyché (l'humeur, les émotions, les sentiments). Dès lors, elle induit une modification de notre état psychocorporel. Certains êtres sont plus sensibles à la musique que d'autres. Ainsi, elle convoque et révèle notre sensibilité. Elle encourage aussi bien la relation, l'interaction que l'isolement et la séparation. Elle nous rassemble ou nous divise. Elle s'écoute, se joue, se chante, se siffle... Elle est forte ou douce, rapide ou lente, rythmée et/ou mélodique, soutenue ou soudaine. Elle peut aussi bien accompagner les mouvements externes (ceux du corps ou de notre environnement) que les mouvements internes (les émotions, les sensations, les pensées, les souvenirs etc.) qu'elle suscite. Elle peut s'écouter ou se produire, soit en fond sonore afin de créer une atmosphère, soit attentivement, afin de s'en imprégner et d'en être enveloppé. On la savoure, on la rejette, on la danse, on l'exprime... Elle peut être un moyen de communication, de transmission d'une émotion, d'une pensée,

d'un message ou au contraire, inspirer des d'idées. Chacun en a une interprétation qui lui est propre.

Utilisée comme médiation thérapeutique, certaines de ses dimensions sont fondamentales.

3.3.1 - La dimension motrice

La musique ne peut exister sans engagement du corps, sans un geste musical, sans une production qui passe par le corps. Elle nécessite par exemple le jeu d'un instrument, le maniement de l'appareil phonatoire, la percussion corporelle. Le geste corporel fait ainsi appel à la question de la coordination, des appuis, de la dissociation gestuelle, du tonus qui viennent nuancer le son produit. Quand on fait de la percussion par exemple, on produit un geste et celui-ci vient se transformer en son qui nous redonne une perception du geste originel. Dès lors, nous percevons le mouvement parce nous le ressentons corporellement mais aussi parce qu'on l'entend. Autre exemple, si on produit un rythme fort et accéléré, on entend un son vif qui vient témoigner de notre engagement tonique. Si on tape lentement et doucement, on entend un son calme et ralenti, relatif à l'absence d'engagement tonique. Le son émis est ainsi une traduction sonore de notre tonicité et la tonicité est en rapport avec l'état émotionnel.

D'autre part, la musique incite au mouvement, elle anime le corps en le secouant, le réveillant, le dérangeant ou au contraire en l'apaisant par son rythme, sa coloration mélodique, ses timbres, sa composition, son interprétation. Elle forme un duo naturel avec la danse.

3.3.2 - La dimension relationnelle

La musique est aussi un moyen de communication non verbale par sa dimension accessible. De plus, elle est efficace pour créer, maintenir et développer des échanges relationnels.

Utilisée comme médiation thérapeutique, elle crée un espace de jeu où le thérapeute et le patient peuvent éprouver un plaisir partagé et où ils peuvent s'allier dans des échanges créatifs. Cet espace permet ainsi la construction de la symbolisation. Il favorise l'organisation psychique du sujet, au travers des émotions, des productions, des échanges sonores et de la créativité musicale.

D'après Lecourt (2000) « la musique offre une structure et un espace d'expression pour accueillir et représenter les relations simultanées d'un individu avec son semblable. La musique est au fondement même de *l'être ensemble* ».

3.3.3 - La dimension d'expressivité

La musique est un langage universel. Elle a en effet une dimension langagière, verbale et symbolique et représente un excellent moyen d'expression, de communication et d'échanges. Le chant en est la forme finalisée.

3.3.4 - La dimension sociale

La musique est inhérente au fonctionnement social, elle y participe, elle en est le témoin. Chaque instrument, créé pour la produire, porte en lui les caractéristiques sociales, culturelles, ethniques, symboliques et géographiques d'un peuple, d'une région, d'un pays. Elle touche toutes les sphères de la population.

3.3.5 - La dimension rythmique et mélodique

Le rythme, la pulsation rythmique est une fonction essentielle à la vie. La pulsation, donnée d'abord par le battement cardiaque, est la première perception qu'a le bébé dans le ventre maternel.

En psychomotricité, on accorde une grande importance à l'élément rythmique, car il est central dans l'organisation du geste. Il permet la mémorisation et l'apprentissage grâce à la répétition ou la reproduction. Le rythme musical permet l'inscription corporelle dans une production ou un mouvement et la répétition de sa structure donne un repère. Percevoir un rythme nécessite de capter un élément qui survient à un instant donné puis qui revient indéfiniment et sur lequel on peut s'appuyer et se stabiliser. Le rythme permet donc de se recentrer. Cependant, lorsque qu'il est trop régulier, il peut devenir monotone et ennuyeux, d'où le besoin de le rompre parfois. Cela crée alors de la surprise et remobilise l'attention.

D'autre part, jouer de la musique à plusieurs requiert de trouver un rythme commun et de s'y inscrire. C'est un élément qui revient et qui est prévisible.

La mélodie, quant à elle, donne de la couleur et de la nuance. C'est la palette des émotions et des sentiments. Elle permet d'exprimer des sensations internes et des représentations imaginaires et à une incidence directe sur l'état émotionnel.

Ainsi, la musique et l'utilisation des instruments est une médiation qui permet de développer et de rendre compte des aptitudes perceptives. Elle favorise l'écoute, l'anticipation et l'intégration des repères temporels, en éveillant la conscience de la durée et la succession des événements, avec intérêt et dynamisme.

3.4 - L'enveloppe sonore

Dans la construction psychique de l'être, la notion d'*enveloppe psychique* à toute son importance. À ce sujet et à travers la notion de « *Moi-peau* », Anzieu (1995) insiste sur l'importance de la sensorialité et son impact sur la constitution du psychisme de l'individu. Les fonctions psychiques du *Moi-peau* s'étaient métaphoriquement sur les fonctions biologiques de la peau. L'enfant acquiert notamment la perception de sa peau, des limites de son corps, par le contact avec le corps de sa mère dans le cadre d'une relation sécurisante. Ainsi, nous pensons communément que l'enveloppe psychique se construit et se ressent par le contact, qu'il soit visuel et/ou tactile. Son élaboration est alors davantage envisageable que celle de l'enveloppe sonore. En effet, le sonore est dépourvu de limites dans l'espace et le temps. Il est abstrait, immatériel : nous pouvons seulement voir et toucher l'objet qui produit le son. Enfin l'expérience sonore est permanente et suggère l'affluence concomitante de plusieurs bruits. Elle est aussi influencée par nos émotions, nos interprétations ou nos sensations. L'élaboration de l'enveloppe sonore sollicite non seulement des appuis tactiles et visuels, mais elle requiert aussi la capacité à se représenter mentalement un vécu sonore et à s'envisager soi-même comme habitant de son propre corps. De plus, elle nécessite l'expérience du bain sonore. Le bain sonore s'appuie sur plusieurs caractéristiques : le rapport surface/volume, la qualité de soin, l'expérience d'apesanteur, et la fonction de l'environnement. Pour Lecourt (2000, p. 224-225), le bain sonore et la musique ont une incidence sur le corps, le sujet se sent porté, enveloppé, prend du plaisir, à la manière de ce que propose le *holding* de la mère développé par Winnicott (cité par Lehmann, 2003). En effet, la parole enveloppante de la mère rassure et fait pare-excitation pour le bébé qui émet et fait face à différentes stimulations sonores perçues. Les qualités contenantantes du bain sonore sont fondamentales dans l'introduction du nourrisson à son environnement, elles lui rappellent le vécu intra utérin. Le bain sonore permet aussi la relation avec autrui par ses échanges bilatéraux. De cette manière, il participe à la construction psychique.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

4 - APPORT DE LA MÉDIATION MUSICALE DANS LA PRISE EN SOIN D'UN JEUNE PATIENT AVEUGLE

Dans cette partie, j'illustrerai les notions théoriques, précédemment abordées, par un cas clinique. Je vous présenterai alors Adem, un jeune patient aveugle de naissance que j'ai pu observer et auprès duquel je suis intervenue tout au long de l'année, lors d'une prise en charge de groupe qui associe la psychomotricité à la musicothérapie. Je m'appliquerai, tout d'abord, à décrire l'institut dans lequel il est suivi depuis 15ans.

4.1 - L'Institut pour déficients visuels

L'IDV est agréé pour l'accompagnement médico-social et pédagogique de 60 jeunes, de 4 à 20 ans, qui présentent des tableaux cliniques complexes :

- 43 enfants et adolescents déficients visuels avec des troubles associés
- 12 enfants et adolescents avec un trouble du spectre autistique et une déficience visuelle associée
- 5 enfants adolescents avec un trouble du spectre autistique

Les jeunes sont répartis sur différentes unités pédagogiques, selon leurs aptitudes.

Ils peuvent bénéficier de plusieurs formules d'accompagnement : le semi-internat de 32 places, l'internat de 28 places et un accueil à temps partiel selon le projet et l'évolution du parcours du jeune.

Les missions d'accompagnement médico-social et pédagogique de l'institut se déclinent à partir de 5 axes fondamentaux complémentaires et indépendants :

- La participation des jeunes et de leurs parents à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de leurs enfants
- Des apprentissages pratiques, relationnels et sociaux fondés sur des expériences diversifiées et des accompagnements adaptés aux besoins et aux capacités de la personne pour accéder à une meilleure autonomie

- Les apprentissages scolaires et techniques adaptés au niveau du développement et de la compétence de chacun en vue d'une participation citoyenne, voire d'une insertion professionnelle. De plus, ces techniques adaptées leur permettent d'apprendre ou de développer des compétences pratiques, intellectuelles ; sociales ou de communication.
- Le suivi médical, les soins et les rééducations qui incluent l'activité de diagnostic et d'évaluation en lien avec les structures, les ressources de proximité.
- L'hébergement : les locaux, restauration et internat.

L'institut emploie en tout 890 salariés qui sont répartis sur différents services :

- la Direction (directrice et adjoint de direction) dirige une équipe de coordinateurs. Ces derniers pilotent différents pôles tels que :
 - l'unité d'enseignement comprenant plusieurs professeurs spécialisés
 - un pôle administratif (secrétariat)
 - un pôle éducatif comprenant des aides médico-psychologiques, des aides-soignants, des éducateurs de jeunes enfants, des moniteur-éducateurs, des éducateurs spécialisés
 - un service social avec une assistante de service social
 - un service logistique (agents d'entretien)
 - un pôle soins et santé comprenant différents professionnels médicaux et paramédicaux qui travaillent de concert avec une ergothérapeute, plusieurs infirmières, une musicothérapeute, une orthophoniste, une orthoptiste, un médecin pédiatre, une psychologue et trois psychomotriciennes dont une, spécialisée en instruction de locomotion.

L'emploi du temps des jeunes est reparti entre des heures d'enseignement en classe spécialisée, des temps d'encadrement occupationnel dans leur unité de jour respective, des temps en séance thérapeutique, des temps de loisirs (sorties, récréations) et des temps de vie quotidienne dans l'internat.

4.2 - Clinique autour d'Adem

Je m'appliquerai, dans cette partie, à vous proposer une présentation la plus complète possible de ce patient.

4.2.1 - Présentation

Adem est un jeune homme de 18 ans, atteint d'une cécité totale et congénitale, avec des troubles associés. Il est suivi en institut pour déficients visuels. Il a un frère de 7ans son cadet. Ses parents sont divorcés.

À la naissance, il est atteint d'ostéopétrose, dite aussi « maladie des os de marbre », liée à une augmentation de la densité osseuse pouvant entraîner une neuro-dégénérescence, un déficit intellectuel, des manifestations cutanées et immunitaires.

La perte de la vision est consécutive à la compression du nerf optique par la formation exagérée de tissu osseux au niveau de la base du crâne. Il a subi une greffe de moelle osseuse à 2 mois qui a stoppé la maladie

Il présente un retard psychomoteur sévère et manifeste des troubles du comportement tels qu'une instabilité motrice, une irritabilité, une excitation exacerbée ou un renfermement sur lui-même et des difficultés relationnelles.

Adem présente aussi un blindisme, c'est-à-dire une gestuelle particulière, propre aux aveugles, qui compense un manque de stimulations motrices et sensorielles et qui font penser à des tics. Ces mouvements de blindisme surviennent notamment lorsqu'il s'ennuie ou qu'il est angoissé. À l'inverse de ce qu'il était, enfant, il arrive maintenant à être en relation avec autrui, mais ces interactions peuvent être encore source d'excitation, en suscitant chez lui des balancements du corps, des mouvements brusques et une élévation de la voix.

Il entre dans l'institut en 2005, alors âgé de 5ans, après avoir été suivi 2 ans en Centre d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP).

Les conclusions du bilan, réalisé lors de son entrée, ont abouti à la mise en place d'un suivi en psychomotricité en séance individuelle et en séance de groupe (où je le rencontre).

Le projet de soin concerne un travail autour de la régulation tonique et posturale, de la détente corporelle et psychique et de la distance dans la relation à l'autre.

En séance individuelle, qu'il démarre fin 2005, un travail autour de l'exploration sensorielle, de la représentation spatiale, des déplacements et autres prérequis à la locomotion, lui sont aussi proposés (jeu de cacher, de chercher l'objet, d'imaginer, de sentir l'espace environnant). Adem peut vite être débordé par son vécu émotionnel, entraînant une forte agitation motrice. Un temps dans une salle Snoezelen (une salle multi-sensorielle) lui est proposé afin de l'aider à se poser et à diminuer son agitation motrice, à identifier et verbaliser ses émotions.

Il a tendance à exprimer, par son attitude verbale et corporelle, un besoin de maîtriser l'autre, la relation ainsi que son environnement, en monopolisant la parole, en prenant tout l'espace sonore et donnant beaucoup de directives par exemple.

Depuis 2014, Adem est également pris en charge au sein d'un groupe nommé « LaDoMouv », le mardi après-midi. Ce groupe propose à plusieurs jeunes déficients visuels une prise en charge par le biais d'une alliance entre la musicothérapie et la psychomotricité.

4.2.2 - Le groupe « LaDoMouv »

Le groupe est composé de 4 jeunes déficients visuels, ayant entre 13 et 18ans. Il est co-animé par une psychomotricienne - ma maître de stage -, une musicothérapeute et moi-même.

Les objectifs thérapeutiques de la séance concernent un travail autour de l'interaction sociale, de l'attitude corporelle, de l'écoute de l'autre, de la manière de trouver sa place au sein d'un groupe. Ils abordent aussi un travail autour de l'estime de soi, de l'expression verbale, musicale et corporelle devant un groupe. Ils impliquent également un travail autour de la régulation tonico-émotionnelle à travers la voix, le mouvement, la détente, les nuances (fort/doux) et la respiration. La séance s'appuie principalement sur la question de la pulsation, du rythme, des coordinations et enfin, de l'expression des émotions et des vécus sensoriels.

La salle de musicothérapie est située au sous-sol de l'institution, elle est relativement vaste avec un haut plafond et assez bien éclairée. Elle possède une multitude d'instruments divers et variés, disséminés un peu partout dans l'espace : des instruments à cordes, à vent, à percussion, un piano à cordes, du matériel d'enregistrement, plusieurs chaises que l'on place en cercle.

4.2.3 - Déroulement de la séance

Une fois que les jeunes sont tous présents et qu'ils ont pris place en cercle sur leur chaise respective, la musicothérapeute, la psychomotricienne et moi-même intégrons ensuite le cercle en nous plaçant sur des chaises intercalées entre les jeunes. Nous prenons alors un temps pour nous saluer, puis accordons aux jeunes un temps pour qu'ils puissent exprimer leur état du jour, d'éventuelles réflexions ou questionnements, des expériences vécues dans les jours qui précèdent. La musicothérapeute et la psychomotricienne annoncent ensuite le déroulement de la séance, ainsi que son commencement. Nous sommes ensuite tous invités à nous lever de notre chaise et à initier la séance par :

- **Un temps de percussions corporelles**, un moment que j'anime avec l'appui de la psychomotricienne et de la musicothérapeute : Sur fond de musique, « Around the world » de Daft Punk, nous devons alors taper en rythme et successivement sur différentes parties de notre corps, tout en se coordonnant aux autres. Nous commençons d'abord par taper des pieds au sol, puis taper alternativement des mains sur notre poitrine, puis frotter nos mains l'une contre l'autre, puis taper des mains sur nos cuisses, puis frapper alternativement dans nos mains et sur nos cuisses. Nous proposons ensuite aux jeunes de réaliser des sons avec leur bouche, toujours au rythme de la musique. Puis nous nous rapprochons les uns des autres, réduisant ainsi le cercle, tendons ensuite nos mains vers nos voisins de chaque côté et nous nous préparons à la séquence suivante. Pour ce faire, chacun doit placer sa main gauche dans la main droite du voisin de gauche, et soutenir avec la main gauche celle du voisin de droite. Nous sommes ensuite invités à frapper deux fois dans notre main gauche, puis une fois sur notre torse et enfin une fois sur la main gauche du voisin de droite. Dans un premier temps, nous réalisons cet enchaînement tous en même temps et de manière synchronisée, plusieurs fois de suite, puis dans un second temps, chacun son tour, de

sorte que lorsque nous l'avons terminé, nous le transmettons à notre voisin de droite, qui perçoit le signal de départ par notre dernière tape dans sa main. Nous faisons un tour ou deux de transmissions des mouvements, puis nous cessons.

- **Un temps de libre expression**, avec la possibilité de faire des percussions corporelles, des sons de bouches, mais aussi de chanter, de bouger et de danser est ensuite proposé aux jeunes. Nous pouvons alors les accompagner dans les mouvements, les sons, mais aussi les aider à trouver des idées de mouvements, de sons, à comprendre et se saisir des mouvements proposés par leurs camarades, les guider verbalement et corporellement dans la réalisation de ses mouvements, les encourager.
- Nous proposons ensuite aux jeunes un temps **d'initiation au « Human Beatbox »**, consistant à faire de la musique en imitant des instruments, en grande partie des percussions, uniquement avec sa bouche et/ou en chantant. On réalise d'abord un temps d'échauffement des muscles du visage (étirement de la bouche, des joues) et des cordes vocales (vocalises, etc.). Puis avec un support sonore (une vidéo d'un professionnel du beatbox qui l'enseigne en décortiquant bien chaque étape d'apprentissage), nous accompagnons les jeunes dans chaque étape, en les aidant à trouver comment produire les sons, quel placement de bouche, la variation du souffle, quelle posture et engagement corporel, ect. Une fois ces sons à peu près maîtrisés, nous leur proposons de les assembler les uns avec les autres pour créer un enchaînement et les amenons par la répétition à une bonne maîtrise de leurs productions sonores. Nous veillons aussi à nous écouter les uns les autres.
- La musicothérapeute change ensuite de musique, pour mettre une reprise d'« Around the world » au piano par Chilly Gonzales. Les jeunes l'écoutent une première fois puis sont invités, chacun à leur tour, à réaliser sur ce fond sonore **un temps d'improvisation musicale** pendant 5min environ, en utilisant un instrument de leur choix. C'est, là aussi, un moment de libre expression, où ceux qui ne jouent pas doivent simplement écouter. Dans un second temps, ils sont invités à jouer en improvisant à deux : nous leur proposons alors de rejouer pendant 5min sur cette même trame sonore mais cette fois-ci, deux par deux. Ils ont alors la possibilité pour ce deuxième passage de choisir leur binôme, mais ont aussi le choix de conserver le même instrument ou d'en changer. Pendant ces deux temps, les deux thérapeutes et moi-même n'intervenons que pour encadrer la durée de leurs passages.

- Un peu plus tard dans l'année nous avons mis en place, pour remplacer ou plutôt compléter le temps d'improvisation, un jeu nommé le « **Chef d'orchestre** » : il consiste à désigner avant de commencer le jeu, un chef d'orchestre, parmi les jeunes ou les thérapeutes, qui mènera un temps d'improvisation musicale : chaque jeune se saisit alors d'un instrument. Nous leur laissons d'abord un temps de préparation où chacun explore son instrument, cherche une petite phrase musicale. Une fois les différentes mélodies maîtrisées, le chef d'orchestre initie la session en appuyant tour après tour sur l'épaule de ses camarades pour leur signifier de commencer à jouer. Les différents sons se juxtaposent alors. Le chef d'orchestre peut alors activer un son d'instrument ou l'arrêter à sa guise juste en appuyant de nouveau sur une épaule. Il définit aussi la cadence en tapant du pied au sol. Les thérapeutes et moi, pouvons aussi participer en tant que musicien ou bien en tant que chef d'orchestre, mais nous sommes aussi présents pour les encadrer, les aider dans l'utilisation des instruments, la précision de leur jeu instrumental, la guidance de leur mouvements et déplacements, leur ajustement au rythme et aux productions de leur camarades, et pour les enregistrer. Après 5 à 10 minutes de jeu, le chef d'orchestre y met fin progressivement en signifiant à chacun de ses camarades par une pression sur l'épaule de s'arrêter.
- Chaque jeune regagne ensuite sa place. Nous leur proposons alors **un temps de restitution** en groupe, où ils peuvent alors parler librement de leurs impressions, de leurs ressentis et d'éventuelles réflexions par rapport à la séance qu'ils viennent de vivre. Puis la séance se termine.

4.2.4 - Les objectifs thérapeutiques de chaque animation

Les percussions corporelles éveillent à la fois la conscience du corps, puisqu'on est amené à toucher son corps, mais aussi la relation puisqu'on est en lien avec les autres. On exerce aussi un travail autour des coordinations, du rythme mais aussi autour de l'enveloppe musicale. Les sons ne sont pas les mêmes selon les différentes parties du corps percutées. Par des jeux d'imitations, on travaille aussi sur la perception, l'analyse, la compréhension, la reproduction et l'adaptation du mouvement. L'idée n'est pas seulement de réaliser des percussions mais celle aussi d'être ensemble. On crée une boucle qui nous

relie les uns aux autres. On travaille aussi autour de l'ajustement postural mais aussi la distance relationnelle via le toucher.

La pratique psychomotrice s'observe dans notre implication corporelle auprès des jeunes mais aussi dans l'aide qu'on leur apporte pour créer, construire un enchaînement de percussions corporelles, pour l'organiser, le mémoriser puis le montrer aux autres en le faisant chacun son tour. Certains jeunes ont alors besoin d'être guidés soit physiquement soit par les sons que les encadrants émettent.

Le jeu du chef d'orchestre concerne un travail autour de la posture, du toucher, autour de l'écoute et de la création et cohésion collective, mais aussi autour de l'improvisation et de l'organisation corporelle pour jouer d'un instrument.

Le Human beatbox se centre sur la production sonore, vocale, sur la respiration, la motricité faciale, la cavité sonore et favorise l'intégration du dedans et du dehors.

4.2.5 - Observations cliniques

Je vais maintenant vous présenter quelques vignettes cliniques, quelques moments d'observation, d'échange et d'intervention auprès d'Adem, afin de vous en donner une meilleure représentation.

- **Quelques rencontres en dehors de la séance**

Dans un premier temps, il m'a semblé intéressant de vous décrire quelques moments extérieurs à la séance, afin de pouvoir visualiser Adem dans diverses situations.

J'ai rencontré Adem pour la première fois dans les couloirs de l'établissement. J'étais en présence de la psychomotricienne qui nous a alors présenté, et qui l'a informé de ma présence et de mon rôle à venir au sein du groupe LaDoMouv'. Je découvre un jeune garçon à peine plus grand que moi, plutôt mince, le dos un peu vouté. Je le trouve d'emblée très avenant et chaleureux. Il semble alors enthousiaste de me rencontrer. Il me serre la main avec vigueur, parle fort et de manière affirmée, sa tête n'est pas orientée vers moi (soit tournée sur un côté, soit penchée vers le sol) ; il oriente plutôt une de ses oreilles lorsque je lui parle, il me pose alors beaucoup de questions, ses yeux sont soit révulsés, soit exercent des mouvements permanents et circulaires.

J'éprouve d'emblée de la sympathie pour lui, j'ai envie de lui parler, de l'écouter, de lui sourire, de l'entourer. Je ressens aussi de l'empathie par rapport à sa situation et sa manière singulière d'agir sur son environnement (tout explorer à tâtons, difficultés à se servir d'ustensiles, etc.). À ses côtés, je fais l'expérience de fermer les yeux moi aussi, et d'être juste attentive aux sons qui m'entourent, j'essaye de les différencier les uns des autres, je me rends compte combien on peut être assailli de bruits, et combien la vision nous aide à les filtrer, les atténuer. J'expérimente aussi le toucher « à l'aveugle » où je suis attentive aux objets et matières que je sens sous mes doigts, mes pieds. Je fais cela de courts instants pour essayer de me mettre à sa place. Puis nous passons notre chemin.

Je revois ensuite Adem en séance qui, à peine l'ai-je de nouveau salué, s'adresse à moi en me disant : « Je sais que tu es là, j'ai vu ta silhouette ».

Il m'a également semblé pertinent de le décrire lors d'un moment de repas, puisque c'est un temps que nous partageons durant quelques mois et au cours duquel nous interagissons beaucoup.

Jusqu'au milieu de l'année, je mange, à midi, à la table d'Adem. J'ai ainsi la possibilité de converser avec lui, autant qu'avec les autres jeunes présents autour de la table. Je peux ainsi l'observer. Corporellement, il semble renfermé sur lui-même, le dos vouté, les yeux fermés, la tête baissée vers son assiette. Ses gestes sont imprécis, il a tendance à mettre de la nourriture à côté de son assiette, et à s'en mettre partout sur le visage. Il a des difficultés à tenir correctement ses couverts, à couper les aliments avec le couteau, à piquer les aliments avec sa fourchette, à bien viser sa bouche avec son verre d'eau qu'il remplit souvent trop... Cependant, il ne se décourage pas, se montre même assez persévérant. Lorsqu'il n'y arrive vraiment pas, il utilise alors ses mains pour saisir les aliments et les amener à sa bouche. Il tâtonne beaucoup son plateau pour repérer son contenu. Paradoxalement à cette posture plutôt introvertie, il cherche vivement à interagir avec les autres. Tout en mangeant, il parle sans cesse et fort, on l'entend dans tout le réfectoire. Il se fait alors fréquemment reprendre par son éducatrice qui est présente pour le surveiller. Il interpelle beaucoup ses camarades pour leur raconter des blagues, me pose plein de questions auxquelles je réponds de bon cœur tout en essayant de les modérer ; il me sollicite souvent pour l'aider ou pour l'informer de ce qui se passe autour de lui.

J'ai cependant l'impression qu'il écoute peu mes réponses et celles de ses camarades, qu'il est davantage animé par cette parole envahissante du fait de son débit et de son volume sonore, et qu'ainsi, il n'est pas tout à fait en lien avec les personnes qui l'entourent.

Je l'observe également et l'évalue au cours d'un bilan psychomoteur, réalisé en cours d'année.

Quelques semaines auparavant, ma maître de stage m'a proposé de refaire passer un bilan psychomoteur à Adem. L'intérêt est d'observer son évolution depuis son premier bilan réalisé en 2005 et d'évaluer quelles sont aujourd'hui ses capacités psychomotrices, mais aussi pour qu'il puisse, lui-même, se rendre compte de ses évolutions.

À travers ce bilan, je souhaite aussi observer quels outils de compensation et quels repères il a su développer de manière à apprivoiser son environnement avec plus d'aisance. Dans la préparation de l'examen, je dois penser à adapter les épreuves à la cécité d'Adem.

Nous le lui avons alors proposé la semaine précédente. Il a accepté en laissant toutefois transparaître un fond d'anxiété et en exprimant la crainte que ce bilan bouscule son emploi du temps et soit trop difficile pour lui. Nous avons alors tenté de le rassurer, mais cet état d'anxiété semblait perdurer.

Je retrouve Adem dans le même état le jour du bilan. Juste avant de commencer, je le rassure à nouveau en lui réexpliquant le motif de ce bilan et succinctement, en quoi il consiste. Nous commençons alors. Il s'apaise peu à peu.

Voici le retour que j'ai pu établir : Au cours du bilan, je le trouve attentif et soucieux de bien faire, malgré quelques difficultés lors de certaines épreuves, en lien avec sa cécité. Par la parole abondante, l'humour notamment, et par le toucher, je sens qu'il cherche à entrer en lien avec moi, à me détourner de ma position d'examineur. Je perçois ainsi le besoin qu'il a de débrider ce cadre sûrement très oppressant pour lui. Il se montre globalement coopératif. Toutefois, il peut aussi être dans le refus. Celui-ci est associé à une dévalorisation de ses capacités. Il se décourage parfois avant même d'avoir commencé, dit qu'il n'y arrivera pas. Cependant, en le rassurant et en lui faisant répéter l'action plusieurs fois, il parvient assez bien à réaliser les tâches demandées. Il cherche, en effet, beaucoup à être rassuré. Il me demande s'il a réussi l'épreuve, s'il fait correctement. Devant son insistance, je cède parfois et m'autorise à le corriger si nécessaire, puisque cela semble

important pour lui. Il anticipe aussi beaucoup, en commençant avant que la consigne ne soit terminée. Concernant sa motricité globale, Adem présente une démarche plutôt raide et lente, abolissant alors le ballant de ses bras. Son équilibre est relativement instable et s'accompagne de mouvements de compensation (pieds en dedans, bras en balancier, polygone de sustentation élargit). Il manifeste des difficultés à coordonner et à dissocier les différentes parties de son corps. Au sol, il adopte des postures inconfortables et désorganisées. Je m'interroge alors sur un éventuel manque d'expérimentations corporelles au sol, étant petit. Au sujet de sa motricité fine, Adem présente une bonne coordination audition/préhension : il sait ajuster la force de son lancer de la balle, selon le son qui émane d'elle. Lors des activités pratiques, il utilise beaucoup ses mains : dans un premier temps, pour explorer les objets, puis dans un second temps, pour les manipuler. Il manifeste cependant de l'imprécision et de la maladresse pour attraper et pour maintenir les objets entre ses doigts. Il présente des difficultés à réguler son tonus, particulièrement au niveau du côté droit de son corps et au niveau des membres supérieurs (hypertonie des mains et du visage). Il peut suffisamment recruter son tonus pour résister à la poussée. Au sujet de son schéma corporel, il présente une bonne connaissance des parties du corps. Il peine, toutefois, à reproduire des figures par imitation et nécessite, pour y parvenir, d'une guidance physique et/ou verbale et d'un étayage par le toucher. La représentation mentale du corps n'a pas pu être évaluée (faute de temps). Sa latéralité est homogène à droite. D' autre part, Adem se repère globalement bien dans le temps et dans l'espace, mais il a, tout de même, besoin d'un étayage sonore (voix, son des objets) et tactile, pour se situer. De plus, il sait reconnaître, mémoriser et s'adapter parfaitement à une structure rythmique donnée.

J'ai également observé Adem lors d'une heure de travail autour des habilités sociales, à laquelle on m'a permis d'assister.

On me donne, un jour, la possibilité d'être présente à une séance d'apprentissage des habilités sociales, co-animée par la psychologue de l'institution et l'éducatrice d'Adem, proposée à ce dernier ainsi qu'à trois autres jeunes malvoyants. On leur propose alors un travail autour des émotions : comment les reconnaître, quelles expériences antérieures relatives à telle ou telle émotion ont-ils, comment apprendre à s'en servir, comment les gérer ?

Adem est davantage en retrait, semble à certains moment perdu dans ses pensées, intervient peu par rapport à sa participation en séance de musique et psychomotricité. On doit le solliciter pour qu'il intervienne, mais il n'hésite pas à argumenter sur certains sujets, à parler de son vécu de la joie, de la peur, de la tristesse... En revanche, s'exprimer au sujet de la colère le met justement en colère, le confronte à sa difficulté à comprendre et à contrôler cette émotion (il a été, en effet par le passé, sujet à des débordements de colère entraînant de la violence sur autrui ou sur lui-même). Il signifie ainsi qu'il a conscience de lui-même et notamment de ses failles. Chaque jeune partage son vécu relatif à la colère et ensemble nous cherchons des solutions pour pouvoir la définir, la sentir nous gagner et dès lors, savoir la modérer, la transformer via l'usage de représentations ou autres médiations apaisantes. Au cours de cet échange, Adem semble alors s'apaiser peu à peu, et s'ouvrir davantage à la relation. Replié sur lui-même et saisit par des mouvements incessants de balancements en début de séance, il redresse alors peu à peu son buste, relève sa tête vers ses camarades, et diminue ses balancements.

- **Observations au sein du groupe « LaDoMouv »**

Voici, à présent, quelques observations cliniques réalisées dans le cadre de la prise en charge groupale, dans l'ordre chronologique des séances.

- Troisième séance

Au cours de la séance, les jeunes sont invités à faire un peu d'improvisation musicale en utilisant un instrument de leur choix. Une des jeunes se propose pour passer en première et choisit de jouer du métallophone (un instrument composé d'un jeu de lames ou de plaques de métal vibrantes - Annexe IV). Tout au long du passage de cette dernière, Adem semble l'écouter attentivement. Ses yeux sont fermés, sa tête est penchée vers le sol et il tient des deux mains chaque côté de sa chaise, tout en se balançant vivement d'avant en arrière et en balayant sa tête de droite à gauche. Je m'interroge, là aussi, sur ses ressentis et sur ce que ses mouvements viennent en exprimer. Je suis aussi fascinée par la justesse et l'harmonie mélodique que produit cette jeune fille qui, d'apparence, paraît pourtant très désorganisée dans ses mouvements. A la fin du passage, Adem l'applaudit et valorise verbalement sa prestation. C'est ensuite à son tour de jouer. Il choisit le piano, s'y installe et commence à jouer. Progressivement, il semble ne plus écouter le fond sonore et s'appuyer davantage sur sa mémoire auditive pour jouer. Il appuie fort sur les touches, ce qui augmente le niveau

sonore. Sa tête est abaissée vers le sol, son menton est rentré dans sa poitrine, ses yeux sont fermés et sa bouche est à demi ouverte, la langue légèrement sortie. Il tâtonne parfois sur les touches pour chercher les notes et à d'autres moments, appuie dessus avec assurance. La musique qu'il produit est, quasiment tout le long, en accord avec la mélodie et le rythme. Pour conclure son passage, il réalise une dernière note sur le piano, avant de décoller ses mains du clavier et attend un certain temps (tout en balayant sa tête de gauche à droite et en agitant ses mains dans les airs) que le son de la dernière note se soit totalement évaporé dans l'espace. Une fois cette résonance dissoute, il se lève et regagne sa place dans le cercle. Lors du temps d'échange en fin de séance, Adem s'auto-félicite et répète, comme il a déjà pu le faire auparavant, qu'il a des facilités à jouer des instruments, que c'est facile pour lui et se dit capable de jouer avec n'importe quel instrument. Il exprime alors un enthousiasme exacerbé et n'hésite pas aussi à féliciter et encourager ses camarades.

- Quatrième séance

Lors du temps de libre expression corporelle, Adem se met à frapper fort et alternativement avec ses mains sur son torse, tout en restant bien en rythme avec la musique et en continuant à se balancer sur sa chaise. Ses frappes résonnent dans sa cage thoracique. Je me demande ce qu'il ressent, ce qu'il perçoit de ces chocs. Il semble s'emballer. Il intensifie la force de ses frappes, tout en augmentant la rapidité et l'amplitude de ses balancements. Il ajoute à cela des sons rythmiques qu'il fait avec sa bouche. Le volume sonore est élevé, voir même envahissant. Je perçois son souffle et reçois même quelques postillons. La psychomotricienne l'interpelle alors pour l'amener à se recentrer et à s'apaiser, tout en lui demandant de faire attention à ceux qui l'entourent. Il cesse alors d'émettre des sons et diminue ses balancements.

- Cinquième séance

Lors du temps de percussions corporelles, je me situe à la droite d'Adem dans le cercle que nous formons debout. Au lieu de frapper une fois dans ma main, tel que le demande l'enchaînement de percussions, celui-ci le fait deux fois distinctement. Je lui rappelle alors qu'il ne faut taper qu'une seule fois dans ma main : « Je le sais, mais c'est pour t'embêter ! » dit-il, tout en souriant. Je constate alors qu'il cherche ainsi à capter mon attention et à me faire réagir en me taquinant gentiment. J'observe ainsi l'aspect relationnel qu'offre ce temps de séance.

- Septième séance

Lors du temps d'improvisation en duo, Adem choisit souvent la même camarade pour jouer. Lui, reste au piano et elle, choisit de jouer du métallophone. J'observe qu'Adem a alors des difficultés à être en rythme, à écouter la production sonore de sa camarade. Il semble envahi par l'excitation, par le plaisir sensoriel et a tendance à s'enfermer en lui-même, dans cette sensation de plaisir, à rompre le lien avec l'autre. Je le vois dans sa manière d'appuyer fort et vite sur les touches, d'y engager tout son corps dans des mouvements de balancements, de balayer sa tête de gauche à droite, tout en la gardant abaissée vers le sol. Je me sens alors gagnée par son mouvement. A ses côtés, je ressens une certaine jubilation, de l'effervescence, une envie de bouger avec lui. Son engagement corporel et émotionnel mais aussi la mélodie qu'il produit me touchent.

- Treizième séance

Lors du jeu du chef d'orchestre, Adem choisit généralement un instrument à percussions. Aujourd'hui, comme convenu et à leur demande, j'ai ramené mon violon pour proposer aux jeunes, une séance d'initiation et pour les accompagner lors du jeu du chef d'orchestre. Adem a, quant à lui, ramené sa darbouka (Annexe V), un instrument qu'il maîtrise bien. Il avait en effet émis le souhait d'expérimenter un mélange de sonorités entre le violon et un instrument à percussion. Dirigé par la musicothérapeute désignée comme chef d'orchestre, nous commençons à jouer, au rythme de la cadence donnée et en essayant de s'accorder les uns aux autres. J'ai alors l'impression que nous réussissons, au bout de quelques ajustements mélodiques, à être tous ensemble, en accord parfait, aussi bien rythmique que mélodique. Je perçois alors que nous sommes tous gagnés pour une émotion de joie partagée, un sentiment d'harmonie, où nous nous nourrissons des productions des uns et des autres pour enrichir la musique. Les jeunes semblent être bien à l'écoute à la fois d'eux-mêmes et des productions de leurs camarades. J'observe alors Adem se laissant transporter par son engouement. Il s'anime beaucoup, balance son buste d'avant en arrière, agite sa tête de gauche à droite, tout en souriant à pleines dents. Il varie son mode de jeu, utilise le bout de ses doigts, la paume de ses deux mains, et même ses coudes pour taper sur l'instrument. Peu à peu, il semble se détourner des autres sons pour se focaliser essentiellement sur le son du violon, afin de s'accorder à celui-ci. Je doute même que cela soit l'inverse. Je suis parfois envahie par l'intensité sonore de la darbouka, et je dois souvent me réajuster pour me coordonner à l'ensemble du groupe. Une fois l'accordage

retrouvé, le plaisir sonore et l'émotion m'envahissent à nouveau. Progressivement, le chef d'orchestre nous signifie de nous arrêter par une pression sur l'épaule. La session d'improvisation musicale s'achève alors et nous apprenons que nous avons aussi été enregistrés.

- Quinzième séance

Suite à la demande des jeunes, je propose aujourd'hui une séance d'initiation au violon, un instrument que je maîtrise assez bien. Ces derniers expriment alors un grand intérêt, en posant notamment beaucoup de questions sur les caractéristiques, la forme et la constitution de l'instrument. Je leur accorde alors un temps d'exploration. Tour à tour, ils sont invités à venir le toucher, l'essayer. Je les amène ainsi à trouver le positionnement adéquat, nécessitant un contact corporel. J'apprends, à chacun, la tenue du violon, de l'archer. Je leur révèle la manière de pincer les cordes, afin de produire les quatre notes primaires (mi, la, ré, sol), mais aussi la méthode pour faire glisser l'archer sur les cordes. Je les aide à placer leurs doigts sur les cordes afin de faire varier les notes. Nous jouons debout, une position qui est conseillée lorsqu'on débute, car elle nous oblige à redresser et à tonifier notre axe et à bien ancrer nos pieds dans le sol pour maintenir l'équilibre. En effet, jouer du violon nécessite un bon recrutement tonique.

J'observe des réactions et des comportements divers et variés chez chaque jeune : certains manifestent d'importantes crispations toniques dans la tenue de l'instrument, d'autres peinent à trouver l'équilibre, l'immobilité et réajustent en permanence leur posture, d'autres hésitent à toucher, à jouer, de peur de ne pas y arriver ou d'abîmer l'instrument. Adem, quant à lui, peine à trouver la bonne position pour tenir le violon. Il est avachi, le dos courbé, les yeux fermés et la tête baissée. Son visage, ses épaules et ses bras sont crispés. Ses yeux sont plissés et sa bouche est entre-ouverte. Il veut brûler les étapes et souhaite que je lui apprenne, dès maintenant, à jouer en plaçant ses doigts sur les cordes ; je tente de le retenir en lui rappelant qu'il est important d'y aller progressivement, de suivre les étapes. Il essaie tout de même de jouer ainsi et je l'observe alors appuyer vigoureusement sur les cordes, avec sa main gauche et sur l'archer, avec sa main droite ; ce qui produit des crissements désagréables. Sur le moment, il ne semble pas faire attention aux sons qu'il produit, mais paraît être plus soucieux de sa posture, du placement de ses doigts. Il accepte difficilement mon aide et préfère jouer seul. Après avoir cédé le violon à un de ses camarades, il semble assez déçu de lui-même, en affirmant qu'il ne comprend

pas pourquoi il n'y arrive pas et en admettant que le violon est un instrument difficile à maîtriser. Il écoute ensuite attentivement ses camarades s'essayer à l'instrument, et les encourage, les félicite, les flatte même lorsque ce qu'il entend de leur production sonore lui paraît être harmonieux. « Tu es trop fort ! Comment tu fais pour être aussi fort ? C'est beau ce que tu joues ! », dit-il à un de ses amis.

- Dix-huitième séance

En début de séance, nous proposons aux jeunes d'écouter l'enregistrement d'une session d'improvisation musicale qu'ils ont réalisé quelques semaines auparavant, session où je les accompagnais au violon. Suite à l'écoute de l'enregistrement, les jeunes expriment leurs impressions. Ils se disent alors à la fois étonnés et satisfaits du rendu final. A l'unanimité, ils affirment que le son d'un des instruments entendus dans l'enregistrement est plus fort et surplombe le son des autres. Il s'agit du son de la darbouka, utilisé par Adem. Ce dernier prend alors conscience qu'il jouait effectivement trop fort, au détriment des autres et qu'il n'était pas à l'écoute des autres sons produits par ses camarades. Lorsque la musicothérapeute lui demande s'il a apprécié ce temps musical, il répond « Oui et non. Oui parce que je suis content de ce que j'ai fait, je trouve que j'ai bien joué, je me suis vraiment amusé avec ma darbouka, en essayant de me caler sur le son du violon et non, parce que je jouais trop fort, et qu'alors, les autres ne s'entendaient plus jouer et n'arrivaient alors pas à s'accorder ensemble et à suivre le rythme ». Il affirme alors faire dorénavant plus attention à ce que font les autres, afin de mieux s'accorder au groupe.

- Dix-neuvième séance

Lors du jeu du chef d'orchestre, Adem choisit de jouer de la guitare. Il joue moins fort que d'habitude, ce qui est peut-être aussi dû au potentiel de l'instrument. Le chef d'orchestre, un autre jeune du groupe, vient lui poser une main sur l'épaule pour lui signifier d'arrêter de jouer. Cependant Adem ne semble pas l'avoir perçu puisqu'il continue. Le chef d'orchestre insiste à plusieurs reprises mais rien n'y fait. Adem semble happé par l'écoute de son jeu instrumental. La psychomotricienne intervient alors discrètement, en lui soufflant à l'oreille que son tour est terminé et qu'il doit s'arrêter de jouer. Il paraît être surpris et s'interrompt aussitôt.

4.2.6 - Questionnements

La façon qu'il a de se mouvoir m'intrigue. Je m'interroge sur son hyperkinésie, sur la vive tonicité qu'il manifeste par des mouvements « éclatés » ou stéréotypés, survenant notamment lorsqu'il joue ou écoute de la musique. Qu'est-ce que ses mouvements traduisent de son état interne ? Sont-ils l'interprétation de ses émotions, de ses sensations ou de son excitation ? Ont-ils une fonction de réconfort, d'apaisement ? Ce débordement moteur semble l'envahir et, dès lors, altérer sa perception de lui-même et de son entourage. Il donne alors l'impression de se réfugier en lui-même et de s'isoler de son environnement.

Je me questionne aussi sur le rapport qu'il a avec son corps. En séance, il le malmène : il adopte des postures compliquées et, semble-t-il, inconfortables ; il tape vigoureusement dessus ou sur les instruments qu'il utilise. De cette manière, il paraît être en recherche de sensations. Est-ce ainsi un moyen d'éprouver son existence ? Comment, dès lors, l'aider à développer sa conscience de soi ?

Je m'interroge aussi sur sa sensibilité, notamment sur sa manière de percevoir le monde environnant. Qu'est-ce que la musique lui fait vivre ?

Je me demande alors comment la musique, qui produit vraisemblablement des effets sur lui, peut-elle l'aider, par l'apport d'une contenance, à le « rassembler », l'apaiser et lui permettre d'ouvrir son attention sur ce qui l'entoure, ce qui correspond d'ailleurs à ses objectifs de soin. Il va donc être intéressant de raconter la manière dont la pratique psychomotrice, associée à la musicothérapie, intervient dans l'accompagnement d'Adem, accompagnement qui interagit avec celui des autres jeunes du groupe. Je tenterai alors de répondre à l'ensemble de mes interrogations, mais aussi d'approfondir mes réflexions. Je vous raconterai aussi le cheminement d'Adem au cours de cette année, qui aboutissement aujourd'hui à des améliorations manifestes.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

5 - MUSIQUE ET MOUVANCE : LE CORPS COMME OUTIL D'EXPRESSION ET DE RELATION

Je m'appuierai donc, dans cette partie, sur mes connaissances théoriques pour tenter de répondre aux questions formulées précédemment. J'essaierai ainsi de définir les phénomènes qui traversent Adem ; d'analyser ses caractéristiques et ses difficultés.

Pour cela, je présenterai le chemin parcouru depuis le début de l'année et mettrai en relief la pratique psychomotrice, les processus mis à l'œuvre, ainsi que les améliorations observables à ce jour. Je parlerai davantage de ma place et de mon rôle au sein de son accompagnement et ouvrirai sur la poursuite éventuelle de sa prise en charge.

Afin de nous resituer dans le processus thérapeutique, rappelons les motifs de la prise en charge d'Adem et son attitude, d'une part, lors de son entrée dans l'institut et, d'autre part, depuis le début de l'année :

En arrivant à 5 ans dans l'institut, Adem présente des troubles du comportement, associés à une cécité et plus précisément, de l'instabilité motrice, de l'irritabilité et de l'excitabilité, des troubles relationnels, des troubles de la régulation tonico-posturale, ainsi qu'un blindisme. Il manifeste également une grande difficulté à se détendre corporellement et psychiquement et est fréquemment envahi par de l'anxiété qu'il manifeste par de l'irascibilité et de l'agitation motrice, avec parfois des excès de violence (frappe son interlocuteur ou donne des coups de poings dans le mur). Il cherche à maîtriser l'autre par la parole, tolère difficilement la critique et la frustration. De plus, il a d'importants troubles de la motricité et plus précisément de la coordination, de la dissociation de ses mouvements et de l'équilibre. Il montre aussi des troubles de la conscience corporelle et de la représentation spatiale. La marche n'est alors pas encore acquise.

Au début de l'année, j'observe chez Adem une difficulté à réguler son tonus et sa posture. Son corps est constamment mobilisé par des balancements du buste d'avant en arrière, un balayage de la tête et une agitation des mains. Il manifeste aussi fréquemment un débordement moteur. En séance, il joue fort d'un instrument (piano ou percussions), au

détriment des autres, tout en s'agitant vivement. Il présente également une posture et des comportements inadaptés. Il se met le doigt dans le nez, se place juste devant l'autre, coupe la parole de l'autre. Il occupe tout l'espace verbal en parlant constamment et fort. Il est, de plus, fréquemment sujet à un envahissement émotionnel, également accompagné d'une exacerbation motrice. Il peut alors manifester physiquement et verbalement des excès d'agacement, voire même de colère qu'il peine à réfréner, notamment lorsque quelque chose lui déplaît. Il est également sujet à des montées d'angoisses, notamment lors d'une situation imprévue (changement d'emploi du temps). En séance, il lui arrive aussi d'exprimer un besoin de maîtrise. Il donne alors beaucoup de directives au sujet du déroulement de la séance. Toutefois, il présente aussi un don pour la musique, une sensibilité accrue, une oreille absolue et un don pour la saisir, la déchiffrer et la jouer. Elle semble en effet être bénéfique pour lui et représente ainsi, me semble-t-il, un excellent outil thérapeutique.

Dans le groupe, Adem est le seul à présenter, d'une part, un blindisme, mais aussi ce comportement si spécifique. Rappelons que les personnes aveugles ne le sont pas tous de la même manière et il y a effectivement une singularité chez Adem.

La cécité et son impact sur le développement peuvent justifier en partie cette singularité. Il y a néanmoins d'autres causes sous-jacentes à découvrir.

Touchée, d'une part, par sa sensibilité et son talent pour la musique, mais aussi par sa manière si singulière de se mouvoir, j'émet alors l'hypothèse que le débordement moteur auquel il est sujet est la traduction d'un trop plein émotionnel, mais aussi l'expression d'un besoin de se sentir être, d'éprouver son existence. Cependant cette exacerbation motrice semble l'envahir et le couper de son environnement, mais aussi de la conscience de lui-même ; il n'a en effet pas l'air de réaliser l'amplitude et la brusquerie de ses mouvements qui pourraient alors être dangereux pour lui ainsi que pour son entourage et qui accapare l'espace. Comment, dès lors, l'aider à se sentir être, de manière plus intériorisée, en faisant l'économie du mouvement ?

En 1 an de suivi au sein du groupe « LaDoMouv » et plus largement, en 13 ans de prise en charge (d'après le constat de la psychomotricienne), on a pu observer une diminution flagrante de ses troubles. On peut alors s'interroger sur ce qui a été suffisamment porteur, pertinent et répété pour que ces évolutions opèrent ?

Je m'appliquerai donc à décrire le parcours des évolutions d'Adem, concernant son attitude corporelle, sa gestion des émotions, sa conscience corporelle et son ouverture à la relation, en explicitant d'abord combien la musique est efficiente pour lui.

J'illustrerai cette partie avec plusieurs vignettes cliniques, énoncées sans ordre précis.

5.1 - Effet de la musique, enivrement sensoriel

Adem aime la musique et elle semble, en effet, être efficiente pour lui. Il l'investit pleinement, s'en imprègne. La musique l'anime, le transporte, elle saisit l'ensemble de son être, tant et si bien que plus rien d'autre, autour de lui, ne semble compter. J'observe qu'à travers elle, il peut se défouler, décharger quelque chose de l'ordre d'une tension accumulée.

Plus qu'un attrait, la musique est une passion dans laquelle il excelle, qui lui donne une valorisation narcissique, lui qui justement a une estime de lui-même relativement faible. Cette séance lui offre alors un lieu où il se sent doué, où il réussit.

C'est grâce à cet appui, qu'offre cet espace où il réussit à se sentir fort, il va pouvoir réaliser un travail de relativisation, de réflexivité et dès lors, de prise en compte de lui-même et des autres. Il pourra alors par la suite recevoir des critiques à son sujet, mais il ne se sentira pas persécuté, comme il aurait pu l'être auparavant.

Il en joue avec beaucoup d'aisance et est capable de reconnaître et de nommer instantanément, à l'écoute d'un son, les notes de musique correspondantes, sans référence auditive préalable. On peut ainsi constater qu'il a l'oreille absolue.

Il capte les notes directement et cette captation ne requiert aucun apprentissage, aucun réajustement au préalable. L'oreille absolue est aussi une forme d'agrippement : Adem saisit tout, attrape tout.

5.2 - Le débordement moteur, l'« éclatement » d'une tension émotionnelle.

- Troisième séance

Lorsqu'il joue du piano en séance, il joue fort, vite, avec de grands gestes ; il bouge tout son corps, accentue ses balancements, au risque de tomber de sa chaise. Il sillonne,

parcours le clavier à une vitesse étourdissante, puis s'arrête et laisse s'envoler et s'atténuer le son de la dernière note jouée.

Lorsqu'il joue ou entend de la musique, j'observe chez lui un phénomène similaire à une montée d'excitation, traduite par un excès d'agitation motrice. Il paraît alors coupé du reste du monde et essentiellement centré sur lui-même, sur ses sensations, sur ce qu'il semble vivre comme un moment d'extase. Il n'en a vraisemblablement pas conscience. Ce débordement semble l'envahir et dès lors, altérer sa conscience de lui-même, de son entourage et occasionne une attitude dangereuse et inadaptée, socialement.

Plusieurs questions me viennent alors, au sujet de ce paroxysme qu'Adem atteint lorsqu'il entend ou joue de la musique : est-ce réellement la manifestation d'une trop forte excitation ? Est-ce l'expression corporelle décuplée de ses émotions ? Est-ce un besoin de se créer des sensations pour sentir son corps, pour se sentir être ? Est-ce un mécanisme d'auto réconfort ? Est-ce un moyen de compenser une carence sensorielle ? À défaut de vision, il souffre potentiellement d'un manque d'afférences sensorielles. Il peut alors chercher à s'en créer, car à défaut de stimulation, il resterait immobile, inerte et pourrait ainsi avoir le sentiment de ne pas exister.

5.2.1 - Signification de ses décharges motrices

Lorsqu'il joue du piano ou des percussions, il joue fort, en terme d'intensité sonore et de vigueur, d'énergie dépensée dans ses gestes (frapper, appuyer, tapoter). Il s'agite dans tout les sens, tout en gardant les yeux fermés, la bouche grande ouverte et la tête baissée et rentrée dans ses épaules, il a l'air à la fois de se déployer et de se fragmenter, se disperser dans l'espace et à la fois d'être replié sur lui-même et centrée sur ce qu'il ressent. Lorsqu'il est en situation d'écoute musicale, il se balance vivement d'avant en arrière, balaye sa tête de gauche à droite, agite ses mains dans les airs, esquisse un sourire ; il semble alors éprouver un grand plaisir à percevoir la mélodie, les sons, les rythmes qui sont joués, diffusés.

Mes interrogations concernant le sens, l'origine de ce débordement moteur, m'ont amené à établir trois hypothèses :

- **Une recherche de plaisir sensoriel du geste, ainsi qu'une volonté d'atteindre une harmonie sonore**

On peut effectivement ressentir du plaisir dans l'exécution d'un mouvement, alors associé à une sensation kinesthésique agréable. Lorsqu'on joue d'un instrument, le plaisir à entendre le son que l'on produit peut s'ajouter à celui du geste. Ainsi, Adem peut bouger (en tapant fort sur la darbouka par exemple) dans le but de ressentir du plaisir corporel, mais aussi bouger, taper pour tenter d'atteindre une harmonie sonore, qui lui apporterait, là-aussi, un réel sentiment de satisfaction. Il y a néanmoins, un risque. Adem peut, en effet, s'enfermer sur cette sensation, s'y accrocher et ainsi ne plus être conscient de son environnement.

- **Un moyen d'explorer et d'occuper l'espace, dans le but d'y trouver une assise narcissique ; un moyen de se sentir exister dans un espace vécu**

En effet, il a pu auparavant, exprimer son manque de confiance en lui. Il montre aussi une difficulté à percevoir l'espace et plus précisément son corps dans l'espace. Lorsqu'il joue d'un instrument à percussion par exemple, son exacerbation motrice semble avoir une valeur d'expansion et d'affirmation. En effet, Adem occupe en quelque sorte tout l'espace physique et sonore. Ce n'est ni intentionnel, ni un désir d'écraser l'autre, mais plutôt une volonté d'occuper un espace qu'il ne peut pas appréhender dans sa globalité. La production de son peut aussi l'aider à mesurer cet espace, en allant jusqu'aux limites que lui renvoie le son.

Rappelons que, lorsque l'enfant n'a jamais vu, il n'a pas pu structurer le monde, l'organiser, voire même le penser. Il n'a pas pu appréhender le monde dans sa globalité car seule la vision donne la possibilité d'envisager un espace sans avoir à s'en approcher. La vision donne accès à l'image et plus précisément à l'image de représentation, car l'image convoque la question de la représentation ; nous pouvons en effet nous représenter un objet sans que celui-ci ne soit présent sous nos yeux, cela uniquement par la pensée, le souvenir qu'on en a. La représentation de la globalité d'un objet se fera selon d'autres modalités pour la personne aveugle, il s'agira alors d'une représentation sonore, tactile, olfactive, construite centimètre par centimètre via ses autres sens compensatoires tels que le toucher par exemple.

À travers le jeu de l'instrument, Adem découvre qu'il peut également agir sur l'espace, que son corps, son être a une influence sur son environnement. Ceci peut alors lui permettre de se vivre comme habitant de son propre corps et nourrit ainsi son sentiment d'existence.

- **Une décharge tonico-émotionnelle, d'un trop plein d'excitation, d'agressivité**

Ces décharges motrices semblent être l'expression d'un trop plein tensionnel, en lien avec ses éprouvés corporels et/ou émotionnels. J'émetts alors l'hypothèse que ce débordement peut être dû à une accumulation d'éprouvés, tout au long de la journée, voire de la semaine ; il peut être également provoqué sur l'instant, par une perception (un événement, un son, une parole) qui le fait réagir.

En effet, l'écoute ou le jeu de la musique (perceptions sonores), semble augmenter son état d'excitation et lui procurer une certaine liesse. Il sourit alors, se balance sur sa chaise, balaye sa tête de gauche à droite.

Une autre fois, la provocation d'une camarade le met, semble-t-il, dans un état de colère qu'il manifeste en criant et en bondissant sur sa chaise, tout en esquissant le début d'un coup adressé à cette dernière. Cependant, il inhibe aussitôt son geste, en s'agrippant le visage et la bouche avec ses mains et en laissant par la suite retomber ses bras.

Les balancements d'avant en arrière, lorsqu'il attend son tour avant de jouer du piano devant les autres, paraissent être, quant à eux, liés à un état d'angoisse.

Ces manifestations peuvent être aussi dues à de l'ennui, notamment lorsque les encadrants présentent les consignes et qu'il doit alors patienter avant de pouvoir « se mettre en action ».

Parfois, l'émotion (la joie, la colère ou l'angoisse) le gagne, l'envahit et il peine à la retenir; elle s'extériorise alors dans des manifestations corporelles soudaines, exubérantes, difficilement répressibles et parfois violentes. Souvent, il tente, tant bien que mal, de contenir ses réactions, notamment lorsqu'il sait qu'elles sont néfastes pour l'autre.

Bullinger (2013) démontre qu'à défaut de vision, pour la personne aveugle, le monde reste inenvisageable. Le lieu où il se trouve n'est pas appréhendable et se révèle à lui en permanence. Constamment, un inconnu, un imprévu peut survenir. En effet, tout ce qui ne

peut pas s'anticiper met la personne aveugle dans cet état d'alerte permanente. Cet état se traduit par un état de tension tonique. La personne aveugle doit alors réaliser un travail considérable sur elle-même pour encaisser et pour s'adapter aux imprévus de la vie, aux effets de surprise et pour pouvoir ensuite s'apaiser. En effet, Adem présente sans relâche une hypertonicité. Dès lors, que faire de cet état de tension ?

Il est alors nécessaire que cette tension tonique se résolve, en se déposant quelque part. Dans le cas contraire, elle s'accumule dans le corps et se manifestera alors sous forme d'impulsivité, d'irritabilité, de crises d'angoisse ou encore d'impossibilité à supporter la moindre contrariété.

La percussion, la production rythmique ou musicale semble alors être un excellent moyen de manifester, de décharger cette tension interne.

Comment alors, dans un premier temps, l'aider à se délester de ce débordement tonico-émotionnel et dans un second temps, lui apporter une contenance suffisamment étayante, l'aidant à s'autoréguler et à se reconnecter à son entourage ?

5.2.2 - Un espace de libre expression, de dépôt

Les thérapeutes lui laissent effectivement un temps en séance où il peut, à travers la musique, s'exprimer, décharger cette tension tonico-émotionnelle qui l'envahit. Lorsqu'il joue de la musique en séance, il peut « s'éclater », au sens physique comme au sens psychique. Mais il peut « s'éclater » en toute sécurité puisqu'il n'y a pas de déplacement à faire, ni d'inconnu dans l'environnement et qu'il a ici la possibilité de se libérer ; lui qui est constamment limité par la cécité, en tension, en vigilance permanente. L'usage d'un instrument de musique, qui plus est d'un instrument à percussion, lui permet alors de libérer cette tension. L'expression musicale, étant organisée autour de l'instrument, où le geste est adressé vers celui-ci et produit un effet, va venir donner une forme à cette tension corporelle, une forme sonore, kinésique, organisée, rythmée et accordée même si ce n'est pas encore avec les autres membres du groupe.

Il semble alors être nécessaire, comme étape, de lui accorder ce moment de d'extériorisation, de massivité, pour pouvoir, dans un second temps, introduire l'autre.

Bénézon (cité par Pijulet, 2010) présente les caractéristiques intéressantes de l'instrument à percussions pour l'abord thérapeutique : il a un maniement simple, un déplacement facile,

une puissance sonore tournée vers l'extérieur et non vers l'intérieur, une possibilité sonore claire avec une structure rythmique et mélodique facilement compréhensible. Il s'agit d'un objet intégrateur qui, dans un groupe, domine les autres instruments et aborde en lui-même la dynamique d'un lien entre les patients d'un groupe et le musicothérapeute.

5.2.3 - Comment contenir cette décharge pour pouvoir ensuite l'apprivoiser et la rendre féconde?

Un temps de décharge lui est donc octroyé. Cependant au cours de ce moment, il semble être coupé du monde, centré voire même agrippé à une sensation de plaisir. Il n'a pas l'air d'avoir conscience du monde et même de sa place, de son existence au sein de celui-ci. Il paraît être morcelé, éparpillé dans les airs. Il va alors être essentiel de le rassembler, d'une part, et de le ramener à l'instant présent, à la réalité, de le reconnecter au monde environnant. Dans un dernier temps, il sera nécessaire de lui apprendre à s'autoréguler, se recentrer et se rassembler de lui-même pour être ensuite en capacité d'entrer en relation avec son entourage.

Pour cela, la psychomotricienne, la musicothérapeute et moi-même intervenons de la manière suivante :

- **Une contenance physique et verbale**

- Quatrième séance

Lors d'un temps de percussions corporelles, Adem balance son buste d'avant en arrière avec vigueur, il émet des sons puissants avec sa bouche et postillonne même sur ses camarades. La psychomotricienne intervient alors, en lui posant une main dans le dos : « Adem, doucement. Tu t'agites beaucoup. Fait attention à tes camarades qui sont juste à côté de toi »

Cette posture contenant des thérapeutes se manifeste par un contact tactile sur l'épaule d'Adem, dans son dos, voire par un corps-à-corps ; mais aussi par la voix, lorsque la musicothérapeute ou la psychomotricienne lui dit de faire doucement, de ralentir ; ou encore, lorsqu'elles l'amènent à porter son attention sur ce qui se passe autour de lui. De cette manière, elles favorisent la réduction de cette forte excitation traduite par une agitation intense, elles aident Adem à s'apaiser et à prendre conscience de ce qu'il fait.

J'associe alors cette contenance, cet enveloppement aux concepts de *holding* et de *handling* de Winnicott (cité par Lehmann, 2003). En effet les thérapeutes ont ici une fonction maternante, qui enveloppe, soutient le jeune et qui permet dès lors, l'aboutissement d'une construction psychique.

J'émetts alors l'hypothèse qu'Adem, enfant, était peut-être dans cette maîtrise, dans cette toute puissance car n'avait pas véritablement fait l'expérience d'omnipotence du bébé, puis l'expérience d'individuation que permet la séparation progressive de la mère. Cette séparation est ainsi nécessaire à la construction du moi. La cécité entrave en effet cette séparation. La mère et son enfant sont souvent dans un collage, dans un contact peau-à-peau car la vision et son effet séparateur n'opèrent pas. Adem n'ayant potentiellement pas fait cette expérience de séparation de la mère (où celle-ci fait comprendre à son enfant qu'il n'est pas son seul objet d'intérêt et qu'il peut continuer à exister sans sa présence), il a alors encore ce sentiment de toute puissance. Ceci pourrait alors expliquer son besoin de maîtriser, de contrôler l'autre. Ainsi en séance, la contenance, le soutien, puis la séparation, en lui faisant comprendre qu'il faut aussi s'intéresser aux autres, qu'il fait partie des autres et qu'il doit les prendre en considération, qu'il n'a pas le monopole de la parole et des décisions... Tout cela est travaillé en séance.

Par cette contenance, les thérapeutes redonnent un espace à Adem, des limites pour qu'il puisse, d'une part, s'animer, s'exprimer librement et, d'autre part, se sentir exister.

Cette approche fonctionne bien aujourd'hui, alors qu'auparavant, elle pouvait au contraire empirer son état.

- **De l'engagement à l'expression du corps.**

Lors des temps d'exploration instrumentale ou d'expression corporelle (percussions corporelles, danse), nous l'incitons à se mettre en mouvement, sur consigne et guidance verbale : « bouge tel bras, tel jambes, de telle façon ». À cette description, nous pouvons aussi ajouter une guidance physique avec notre propre corps, en lui faisant toucher la position, le mouvement, le geste sur notre corps ou de celui d'un camarade. C'est aussi en l'évaluant et en le lui faisant répéter, qu'il arrive à coordonner et à dissocier les parties mobiles de son corps. Dès lors, d'un éclatement, d'une dysharmonie motrice, on arrive à un mouvement structuré, maîtrisé, signifié et ainsi contenant.

C'est aussi en lui faisant d'abord sentir sur son corps ou sur celui du thérapeutes à quoi ressemble les mouvements qu'il fait lorsqu'il « déborde » et en lui faisant sentir, d'autre part, ce qu'est un mouvement structuré, un mouvement dansé par exemple, qu'il prend alors peu à peu conscience de son comportement, de sa manière de se mouvoir, ceci dans l'objectif qu'à long terme, il sache s'autoréguler, contrôler ses mouvements de lui-même.

- **Un retour sur lui-même : la fonction de réflexivité**

Grâce à l'écoute d'enregistrements sonores où Adem s'entend jouer de la musique avec les autres, où il s'entend leur parler ; grâce aux critiques, aux conseils des autres jeunes du groupe et des thérapeutes, lors du temps de restitution, il a ainsi pu faire un véritable retour sur lui-même.

Le travail d'écoute des enregistrements est une façon de lui renvoyer en miroir sonore, quelque chose qui est venu le traverser, qu'il a éprouvé. Cette écoute lui permet alors de prendre de la distance par rapport à lui-même, de s'observer et dès lors, de prendre conscience de ce qu'il a réellement donné à voir et à entendre de lui. L'enregistrement est ainsi venu faire un travail de contenance, d'inscription qui lui permet d'avoir un retour de ce qui, dans un premier temps lui échappe. Le retour des jeunes, mais aussi les signes d'apaisement que peuvent donner la psychomotricienne et la musicothérapeute, la contenance, le geste qui le rappelle à l'ordre... Tout cela fait l'objet de ce qu'on appelle la « fonction réflexive », c'est-à-dire la possibilité de se saisir de son expérience par l'intermédiaire d'un autre. Parce qu'un autre est témoin et parce qu'une production éphémère a trouvé une inscription (dans l'enregistrement), on peut alors se ressaisir d'une expérience qui a d'abord été lâchée, ouverte.

- **Un questionnement autour de ses vécus, ressentis, expériences psychocorporelles**

- Vingt-et-unième séance

Au cours de la dernière séance où Adem est présent, les jeunes du groupe engagent une longue conversation autour du vécu de la malvoyance. Cette conversation est née d'une remarque d'une jeune témoignant de sa colère d'être déficiente visuelle et d'évoluer dans l'institution auprès de malvoyants. Cette réflexion fait vivement réagir Adem, qui initie d'abord un geste violent, qu'il justifie par la suite et qu'il est ensuite capable de se

contenir, puis il écoute ce que sa camarade a à dire pour ensuite défendre son point de vue, avec calme et diplomatie. Un à un, chaque jeune expose ses opinions, partage son expériences, ses revendications, ses états d'âmes.

Lors du temps de restitution, la psychomotricienne et la musicothérapeute interrogent Adem et les autres jeunes sur leurs ressentis corporels et émotionnels, sur leurs impressions vécues en séance, sur d'éventuelles revendications à faire, etc. Elles l'amènent à s'introspecter, ce qu'il fait de mieux en mieux au fil des séances. Il exprime de plus en plus ses impressions, ses vécus. Elles lui permettent ainsi de faire un retour critique sur lui-même et ainsi de prendre conscience de sa conduite, de réaliser qu'elle peut être délétère pour lui-même et pour l'autre (son attitude le coupe des autres ; il les efface par son exubérance).

5.2.4 - Les améliorations

Aujourd'hui, son agitation motrice semble avoir diminué. J'observe ainsi qu'il a moins de mouvements de blindisme, de balancements qu'auparavant. Toutefois, Adem semble parfois avoir besoin de ces mouvements répétitifs, notamment lorsqu'il est dans l'attente ou lors d'une situation suscitant de l'anxiété. Ils disparaissent néanmoins quand il se met en action.

Adem joue moins fort qu'auparavant. Il arrive maintenant à adapter sa force de frappe aux modalités physiques et sonores de l'instrument. Je l'observe notamment lorsqu'il joue du steel-drum (un instrument rythmique et mélodique – Annexe VI) où il tape avec douceur, fermeté et précision sur la caisse métallique de l'instrument, avec des baguettes à embouts en caoutchouc, créant un effet de sourdine.

En fin de séance, j'observe généralement chez Adem un « reste résiduel » d'une tension corporelle : il effectue alors de légers mouvements de balancement. Il sort de cette dernière séance plutôt apaisé, calme, même s'il effectue encore de légers balancements, relativement atténués.

Il est aussi calme en arrivant. Auparavant, il pouvait arriver en séance excité ou énervé. Un moment comme celui décrit ci-dessus, avec de tels sujets abordés, aurait pu le désorganiser, le mettre en « vrac », autrefois. Toutefois, il a encore besoin de maîtriser, de

contrôler ce qu'il se passe autour de lui ; il donne encore des directives, mais bien moins qu'avant. Il conteste moins les faits et les propositions des autres.

Lorsqu'on l'interpelle pour qu'il cesse de s'agiter ou de parler, de légers mouvements de balancement persistent mais il ne semble plus être coupé de son environnement. Il écoute alors attentivement, fait parfois un signe d'approbation ou de contestation de la tête, sans rien dire. Il est moins agrippé à ses sensations, moins enfermé sur lui-même. Cependant, il semble encore avoir besoin parfois de cet auto-centrage, qui semble le rassurer, mais il le manifeste moins vivement qu'autrefois.

- Vingt-et-unième séance

Lors de cette même conversation entre les jeunes, après avoir esquissé le début d'un geste violent, suite à la provocation de sa camarade, Adem répond de la manière suivante à la psychomotricienne qui lui demande d'expliquer son geste : « Ce qu'elle dit, ça m'énerve et si je me retiens le visage, c'est pour m'empêcher de me mettre à la frapper ».

Adem sait maintenant exprimer son vécu en utilisant un vocabulaire, des expressions, une intention plus adaptée qu'auparavant, notamment lorsqu'il parle en groupe de ses opinions. Il n'est plus dans un verbalisme. Il a tout de même encore un peu de mal à parler de ses ressentis, il en parle encore de manière très fonctionnelle. Toutefois, en parler ne le submerge plus autant qu'avant.

Aujourd'hui il nomme ses émotions. Il exprime ce que l'autre lui fait vivre (la colère) et au lieu d'exploser, il se retient en retenant physiquement quelque chose de son visage. Cette manière singulière qu'il a de se « retenir » se justifie par son manque de perception. Il ne voit pas l'autre. Lorsqu'on ne voit pas l'autre comment peut-on être témoin de ce que l'autre ressent ? Éventuellement par la voix, mais si l'autre ne dit rien, le non-voyant n'a pas accès à l'intersubjectivité.

Il a retenu des mots qui auraient pu être un peu grossiers, agressifs envers cette jeune fille. Il retient aussi le cri de colère. Il s'agrippe à lui-même pour éviter de dépasser des limites qu'il a intégrées, conscientisées.

Je constate dès lors qu'il arrive davantage à contenir ses décharges émotionnelles. Il peut maintenant réfréner son énervement et ses excès de violence. Il arrive aujourd'hui à contenir une montée émotionnelle. Il semble de plus en plus à l'écoute de son

environnement. Il est, certes, moins sujet au débordement tonico-émotionnel, mais on a encore besoin parfois de l'arrêter (lorsqu'il intervient pour dire quelque chose, alors que ce n'est pas le moment). On l'interrompt alors pour éviter d'être nous-mêmes débordés. Ce recadrement permet aussi de le rassurer.

5.3 - Altération de la conscience corporelle

Du fait de sa cécité et de son débordement moteur, Adem semble avoir une conscience corporelle altérée et partielle. Souvent, il semble ne pas se rendre compte de sa posture, qui est souvent inadaptée, ni de la place qu'il prend physiquement et verbalement. Il lui arrive de se placer juste devant l'autre ou de faire de grands mouvements des bras, potentiellement dangereux, sans s'en rendre compte. Il a des difficultés à comprendre et à refaire les mouvements énoncés ou qu'il est allé « observer » chez l'autre via le toucher. Il a de plus, du mal à être dans une fluidité corporelle, à coordonner ou à dissocier les mouvements de son corps.

La musique peut alors être un moyen de travailler sur le doux, sur le mélodique, sur diverses nuances, mais avant d'y arriver, il a besoin d'un temps pour décharger, par le jeu des percussions, cette tension tonique qui l'envahit (vu précédemment).

Rappelons que c'est la vision qui organise le geste. C'est parce que l'enfant voit qu'il peut prendre l'objet à la bonne place très tôt. Il voit et peut donc automatiquement adapter son geste pour prendre l'objet. Les objets sont apparents. Il sait directement adapter la distance entre sa main et l'objet pour pouvoir le saisir.

Pour la personne aveugle, le tâtonnement permanent est épuisant et occasionne de la maladresse. En effet, les objets, le monde environnant ne nous apparaissent qu'une fois les avoir touchés, explorés. La musique va être alors une occasion de préciser le geste, par la compréhension et la reproduction d'une structure rythmique et/ou mélodique en tapant toujours au même endroit.

5.3.1 - Dévalorisation narcissique

D'autre part, Adem présente une image négative de lui-même.

Tel que j'ai pu l'observer au cours du bilan, il se dévalorise énormément. Ce qui fait pourtant contraste avec son attitude en séance, puisqu'à cette occasion, il a au contraire

tendance à se survaloriser (après avoir joué de la musique notamment). J'émetts alors l'hypothèse qu'il se survalorise d'autant plus qu'il se sous-estime. Il montre ainsi une défaillance narcissique, par la nécessité qu'il a de devoir réussir pour avoir l'impression de valoir quelque chose et l'interdiction qu'il s'impose d'échouer. En effet, le moindre échec, le décontenance et l'insurge.

5.3.2 - Comment l'aider à prendre conscience de lui-même afin d'induire un réajustement de sa posture et de sa gestuelle ?

- **L'étayage rythmique et mélodique**

Adem s'organise principalement par le son. Le son rythmique ou mélodique donne une forme, une structure à son geste. Ainsi, il entend un son et sait directement où et de quelle manière il doit taper, bouger, etc. Si le son est rythmique et soudain, il réalise des mouvements soudains. Si au contraire le son est mélodique et soutenu, il effectue alors des mouvements amples et soutenus. L'écoute sonore, l'encadrement rythmique et mélodique l'aide donc à coordonner ses différents mouvements corporels. Mais cet étayage ne semble pas suffire et sa gestuelle demeure assez imprécise et désordonnée. De plus, d'autres appuis supplémentaires paraissent être nécessaires pour permettre la construction d'une représentation mentale de son corps.

- **Guidance physique et verbale**

Lors du temps de percussions corporelles et de danse et lors de la session de *Human beatbox*, Adem a parfois du mal à réaliser un mouvement énoncé car il peine à se l'imaginer. Pour pouvoir se le représenter et ensuite être capable de le refaire, il a besoin d'être guidé par la voix et par le corps de l'autre. La psychomotricienne, la musicothérapeute ou moi-même, l'aidons ainsi par le toucher. Nous guidons ses mouvements, les orientons, les positionnons, les accompagnons avec notre propre corps, en dansant avec lui comme si nous n'étions qu'un seul corps.

Nous pouvons aussi l'inviter à venir toucher notre corps en mouvement, à en faire le tour, le contour, pour qu'il puisse se construire une représentation de sa position, de sa forme, de sa mobilité. Par l'exploration du corps de l'autre et l'image qu'il s'en fait, il peut alors transposer cette représentation, l'associer à son propre corps. En l'expérimentant à son tour, en se mettant en action, il peut alors comprendre la structure du mouvement. Ainsi, nous l'invitons à s'imaginer en train de bouger et lui proposons de le répéter plusieurs fois

le mouvement. Nous lui faisons alors un retour, le guidons verbalement pour que ce mouvement s'affine progressivement, s'ajuste jusqu'à ce qu'il devienne précis, similaire au modèle. Parfois, lorsqu'il l'accentue, l'amplifie de manière démesurée, nous intervenons pour le contenir, pour lui faire prendre conscience de ce qu'il fait, pour le ramener au groupe et diminuer cet excès moteur.

Lui faire sentir, lui faire un retour réflexif, une description de ses mouvements, de son corps, tout cela l'aide à se construire une représentation mentale de son corps et des lors, à être en mesure de l'investir.

- **Sensorialité associée au mouvement corporel**

Les sensations kinesthésiques, proprioceptives et vestibulaires, qu'il ressent lorsqu'il bouge, ainsi que les sensations internes (liées aux émotions par exemple), lui permettent aussi de percevoir son corps et ainsi d'en prendre conscience.

Lors du temps de beat box, on travaille en effet sur les ressentis corporels via la respiration, le souffle par exemple. Où est-ce qu'on sent l'air produit par le son? Où est-ce qu'on l'entend ? Quels sont les différents sons, les sensations des mouvements ?

Cet ensemble de sensations interférentes forme une enveloppe, une « peau » qui structure le moi. Cette sensorialité perçue lui permet ainsi de se représenter son corps et de se l'approprier.

- **Expression puis représentation**

- Dix-huitième séance

Lors d'un temps de *Human beatbox* la psychomotricienne et Adem échangent de la manière suivante : « Ça me fait bizarre » dit-il. « Qu'est-ce qui te fait bizarre ? » répond la thérapeute. « La sensation. Ça me fait comme des chatouilles quand je souffle ». Elle lui demande alors à quel endroit il perçoit ces sensations. « Au niveau de mes lèvres. », précise-t-il, en les montrant du doigt.

À la fin de la séance, nous accordons aux jeunes un temps pour exprimer leurs ressentis, ils ont généralement du mal à les définir, à leur donner une forme. Notre rôle est donc de les aider à mettre des mots dessus. Ils peuvent ainsi comparer leur expérience à celle des autres, trouver des similitudes ou bien des différences. Dès lors, d'une expérience

essentiellement subjective et abstraite, nous les amenons à lui donner un sens, une représentation.

5.3.3 - Les améliorations

Adem semble aujourd'hui avoir davantage conscience de la place qu'il prend dans l'espace. Il fait beaucoup plus attention à son entourage à présent et réalise moins de mouvements brusques et amples qu'auparavant. Il est capable de s'analyser et de réadapter sa posture lorsqu'on le lui fait remarquer.

Adem arrive davantage aujourd'hui à exprimer ses ressentis corporels, à s'introspecter pour mieux comprendre les éprouvés et les phénomènes qui le traversent. Son corps n'est pas juste instrumentalisé, il le vit, le ressent davantage à présent.

- Vingtième séance

J'observe Adem réaliser des mouvements dansés consistant à faire deux pas en avant, puis à reculer une fois en sautant. Il y a quelques semaines, pour ce même enchaînement, il avait du mal à avancer ses pieds sur le rythme donné, et faisait d'avantage du « sur place ». Sauter en arrière était quasiment impossible pour lui. Il s'élançait, mais ses pieds ne décollaient pas du sol. Aujourd'hui je constate que malgré une raideur motrice, il arrive à dissocier ses deux pieds pour avancer et saute en arrière en toute confiance.

Auparavant, il n'y arrivait pas à sauter car était incapable de coordonner ses pieds et de prendre un élan suffisant pour se lancer dans les airs. Les thérapeutes et moi-même observons à ce jour une nette amélioration des coordinations. Un travail au niveau des dissociations est tout de même à maintenir car il présente toujours des difficultés à dissocier les mouvements du haut et du bas, et de la droite et gauche de son corps, notamment au niveau des membres supérieurs. Il a aussi encore un peu de difficultés à comprendre les mouvements énoncés, même après les lui avoir fait sentir sur notre corps et sur le sien (par une guidance physique).

5.4 - Construction psychique et ouverture aux autres

J'observais, dès le début de l'année, qu'Adem avait du mal à prendre en considération son entourage. Il semblait être traversé par de tant de choses incontrôlables, que penser l'autre était très difficile pour lui. Ainsi, il pouvait, involontairement semble-t-il, accaparer

l'attention, la parole et empêcher les autres jeunes de parler et d'agir. Il imposait ses idées, sa volonté aux autres, ne supportait pas qu'on lui refuse ou qu'on lui interdise quoi que ce soit.

5.4.1 - Processus en jeu

En psychomotricité, nous travaillons beaucoup autour de la contenance aussi bien corporelle que psychique. Elle favorise alors la régulation tonico-émotionnelle et apporte à l'autre un sentiment de sécurité, le rassure. Ici, au travers de la médiation par la musique, c'est le travail groupal, la musique partagée qui va faire peu à peu expérience de contenance ; mais aussi le bain sonore formé par cette unité de groupe. Adem peut ainsi se sentir soutenu, porté, enveloppé, et ressentir du bien-être, à la manière de ce que propose le *holding* de la mère développé par Winnicott (cité par Lehmann, 2007). Il ne se sent alors pas seul et s'autorise davantage de choses, d'expressions, de productions, de mouvements. De plus, par ses échanges bilatéraux, le bain sonore l'ouvre à la relation et lui permet de se construire psychiquement.

Il est très intéressant d'observer un groupe en début d'année, avec le vacarme, les arhythmies et l'absence d'écoute du début et quelques mois après, de voir combien cette écoute mutuelle s'est développée. À présent, lorsqu'un d'entre eux commence à jouer, intuitivement, les autres trouvent le rythme, s'ajuste à lui, sans consigne préalable.

Au fur à mesure du travail de l'année, de l'expérience de jouer ensemble, des propositions données qui structurent et organisent, un accordage s'opère entre les jeunes.

Rappelons que pendant la séance, le chef d'orchestre ou l'un des encadrants propose un tempo de base, en le tapant des mains ou des pieds. Que signifie alors le fait d'être ensemble sur le même tempo ?

La musique n'est pas seulement de l'écoute, une mélodie, elle a aussi une dimension rythmique, une pulsation. La pulsation vécue lors d'une expérience partagée constitue alors un cœur, une façon d'être ensemble. Elle crée ainsi une expérience première de cohésion.

De plus l'espace de réflexion et de discussion qui est ouvert à la fin de la séance, confronte Adem au discours des autres jeunes (à son sujet ou non), l'amène ainsi à ce décentrer de lui-même et à faire attention à ce qu'ils disent, à émettre des réflexions à leur sujet.

C'est aussi un lieu où il se sent suffisamment valorisé, rassuré pour s'autoriser à parler librement. C'est grâce à l'écoute du groupe qui vient traduire et qui fait une critique de la production sonore, qu'il va pouvoir comprendre et modifier son attitude.

- Vingt-et-unième séance

Au cours de cette dernière séance, sans que cela n'ait été planifié, les jeunes prennent la parole. Ils expriment leur vécu du handicap, mais aussi leurs espoirs et leurs désillusions quant à l'avenir. Le fait qu'ils ne pourront pas devenir ce à quoi ils aspirent, du fait de leur handicap, les insurge. Adem dit qu'il aurait souhaité devenir policier plus tard, mais qu'il sait aussi qu'il ne le pourra pas et évoque des perspectives d'avenir limitées, avec une probable orientation en Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), ce qui ne l'enchant pas particulièrement.

J'assiste ici à un échange de paroles spontanées, sensibles sur un vécu authentique. J'observais déjà une expression collective lors des moments d'improvisation musicale en groupe. La musique, comme nous l'avons dit plus haut, est un moyen de transmettre, d'extérioriser ses ressentis internes. Je constate alors qu'au cours de cette dernière séance, l'expression musicale se transforme en expression verbale partagée ; les jeunes s'expriment ensemble, en s'encourageant mutuellement et inconsciemment à mettre enfin des mots sur ce qu'ils déclaraient auparavant à travers la musique.

Je constate alors que jouer de la musique, c'est donner la parole et un moment donné, cela devient réellement de la parole.

5.4.2 - Les améliorations

Adem est capable de jouer de la musique avec un groupe, ce qu'il n'aurait pu faire que tout seul, auparavant. Il se sert du jeu instrumental pour être en lien avec les autres et n'est plus dans un auto-centrage, un agrippement à ses ressentis.

Son comportement est socialement plus adapté. Il se fait, à présent de plus en plus discret, laisse plus de place aux autres, autant au niveau spatial que sonore.

Au niveau de la distance relationnelle, sa posture est plus appropriée aujourd'hui. Il se tient plus droit et se met moins près de l'autre lorsqu'il lui parle. Il prend aussi plus en considération la place de l'autre dans l'espace. Par exemple, il sait se placer correctement

dans la boucle de mouvements, lors du temps de percussions corporelles, ce dont il n'était pas capable auparavant.

- Vingtième séance :

Lors du moment de restitution en groupe, Adem raconte, avec pédagogie, le vécu de son handicap à sa camarade, qui a du mal comprendre, elle qui est partiellement voyante. Il lui dit : « Tu sais que je ne te vois pas et si je te ne touche pas, je n'arriverai pas me représenter ton apparence ».

Adem est ainsi en progrès constant par rapport à l'acceptation des idées et de la présence de l'autre. Autrefois, il était très rigide sur ses idées. Aujourd'hui, il s'assouplit un peu plus, et montre une plus grande ouverture d'esprit. Il est, en effet, plus ouvert aux propositions et aux opinions des autres.

Cependant, il manifeste encore un besoin d'anticiper et de maîtriser son environnement.

Il est capable de ce retour sur lui-même aujourd'hui. Je le constate notamment lors de l'écoute de l'enregistrement sonore, où il a pu dire qu'il avait joué fort, que lui, avait bien aimé ça mais qu'il reconnaissait que par conséquent, on n'entendait pas les autres.

- Vingt et unième séance

Lors du jeu du chef d'orchestre, Adem joue de la guitare, de manière plus adaptée. Il joue moins fort, il s'arrête lorsque le chef d'orchestre lui tape sur l'épaule. Il semble plus à l'écoute. Lorsqu'il devient, à son tour, chef d'orchestre, il ne néglige aucun de ses camarades. Il s'adresse à chacun, tour à tour, par une petite tape sur l'épaule, leur indiquant de commencer à jouer et leur laisser à chacun le même temps d'expression.

Au bout de la 21ème séance, je constate que son attitude a véritablement évolué. Il joue alors au même niveau sonore que ses camarades et en tant que chef d'orchestre, il est capable de donner la parole aux autres.

5.5 – Ma posture en tant que futur professionnelle

Au début de l'année, je n'étais qu'observatrice et participante. Progressivement, j'intervenais de plus en plus, en appuyant puis en complétant les thérapeutes. Elles m'ont progressivement laissé plus d'espace d'action. À présent, je présente le premier temps de la

séance, le temps de percussion et d'expression corporelle. Je suis alors d'avantage actrice, tout en restant observatrice. Parfois, je mène la totalité des séances autour du violon, lorsque j'apporte mon instrument.

Je réalise que jouer d'un instrument de manière esthétique et s'en servir comme outil thérapeutique sont deux approches bien différentes. Via une approche thérapeutique, il faut alors suffisamment maîtriser l'instrument pour être capable de s'en détacher (tout en continuant à en jouer), afin de pouvoir être attentif à ce qui se passe autour de soi et de pouvoir observer les manifestations du patient (ou d'un groupe de patients). Il est alors nécessaire de se détacher d'une recherche de perfection dans le jeu instrumental.

D'autre part, l'investissement de la part du thérapeute de la médiation proposée dépend aussi de l'intérêt et du plaisir qu'il y prend. En effet, en tant que soignant, on a tendance à proposer selon ce qu'on aime, selon ce qu'on est.

5.6 - Perspectives thérapeutiques et poursuite de la prise en charge en groupe

Les évolutions d'Adem sont évidentes. Cependant certains axes de travail sont à maintenir ou à développer: sa posture et ses gestes ne sont pas encore tout à fait adaptés (il se met le doigt dans le nez devant tout le monde, parle fort de temps à autre). Il présente toujours des difficultés à dissocier les mouvements du haut et du bas, et de la droite et gauche de son corps, notamment au niveau des membres supérieurs, je suggère alors de maintenir un accompagnement autour du contrôle moteur et de la précision gestuelle. Il manifeste encore quelques mouvements de blindness, mais qui ont considérablement diminués par rapport au début de l'année. Il est alors essentiel de continuer à soutenir sa capacité à réguler son tonus et ses émotions. De plus, il accapare encore beaucoup l'espace sonore au détriment des autres. Il est donc important de maintenir le développement du lien à l'autre, de favoriser les situations relationnelles, via la prise en charge en groupe. Un travail autour de la gestion du stress et de la colère me semble être encore nécessaire. L'image de soi, la revalorisation narcissique est aussi un axe de travail important.

Il peut être aussi intéressant de lui faire découvrir d'autres domaines, en dehors de la musique, dans lesquels il pourrait se révéler et s'épanouir.

CONCLUSION

CONCLUSION

Au cours de cet écrit, j'ai tenté de montrer combien la cécité influe sur le développement psychomoteur de la personne aveugle, sur sa manière de vivre et d'appréhender le monde.

J'ai aussi énoncé l'intérêt de la médiation musicale dans la construction psychocorporelle de l'individu. Ainsi, la musique peut être un moyen d'extérioriser, de s'exprimer, d'entrer en relation avec l'autre et dès lors, de se subjectiver.

Pour illustrer cela, je vous ai présenté Adem, un jeune homme aveugle de naissance, qui, chaque jour, apprend à percevoir le monde qui l'entoure et à se construire avec sa particularité ; un jeune homme qui s'éveille, s'anime, vibre grâce à la musique.

J'ai pu observer l'évolution d'Adem tout au long de l'année et voir, peu à peu, son attitude changer. Je l'ai ainsi vu s'épanouir et parvenir à transformer puis exprimer ses ressentis, auparavant indéfinissables et impossible à contenir. Il s'affirme puis se socialise peu à peu.

Il était passionnant et enrichissant de voir comment l'alliance entre la psychomotricité et la musicothérapie œuvrait en faveur de son évolution, par l'engagement corporel, émotionnel et relationnel qu'elle autorisait, par la contenance, la bienveillance, les mots qu'elle apportait aux jeunes du groupe.

Je souligne alors l'intérêt l'interdisciplinarité qui lorsqu'elle est aussi complémentaire, me semble offrir un accompagnement étayant et efficace au patient.

Au cours des séances passées au sein du groupe, les thérapeutes et moi-même avons partagé avec les jeunes des moments d'émotions. Nous avons entendu leur joie, leur peine, leurs angoisses, leur colère et leurs doutes. Nous avons aussi constaté leurs capacités, leurs facilités, leurs dons mais aussi leurs lacunes. Nous avons partagé avec eux des temps de construction collective et de cohésion créative. Ensemble, nous nous sommes parfois laissé emporter par la musique. Au cours de ses instants, des difficultés ont pu s'extérioriser et dès lors, se résoudre. L'expression musicale et corporelle s'est progressivement métamorphosée en expression verbale. Que faire à présent de cette parole ? Celle-ci a notamment libéré quelques inquiétudes quant à l'avenir de chacun. Comment alors les accompagner et les aider à envisager l'avenir ? Cette problématique peut être l'objet d'une poursuite de la prise en charge.

Ce stage m'a beaucoup appris. Il a contribué à élaborer ma posture professionnelle et m'a aussi permis de résoudre certaines interrogations, concernant notamment le vécu du handicap visuel, de la cécité, l'accompagnement thérapeutique de la personne aveugle et les perspectives d'avenir avec le handicap. J'ai ainsi compris l'importance d'allier le savoir-faire, les connaissances théoriques, l'observation et le raisonnement à son propre vécu, à ses ressentis pour pouvoir construire une approche thérapeutique.

Un handicap peut être vécu comme une entrave dans le quotidien, mais il peut aussi être une force, un tremplin, qui donne de la volonté, qui favorise l'adaptabilité et qui apporte un « regard » différent sur la compréhension de l'autre et du monde. C'est ainsi que je vis mon propre handicap.

Je souhaiterais plus tard avoir l'occasion de retravailler avec des personnes déficientes visuelles, mais j'aimerais auparavant me confronter à d'autres types de population et de situation, afin de mettre pleinement à l'œuvre mon métier et d'en explorer toutes ses déclinaisons.

D'autre part, je réalise combien il peut être difficile parfois, dans notre profession, de devoir partir au cours d'un processus thérapeutique, et de ne pas toujours avoir connaissance du devenir de notre patient. Je dois alors apprendre à me suffire du temps qui m'est imparti, pour tenter d'en faire un moment de partage, d'étayage et d'enrichissement mutuel et accepter d'être simplement un passager sur son chemin de vie.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D., Houzel, D., Missenard, A., & Lecourt, E. (2000). *Les Enveloppes psychiques* (2e éd. revue et enrichie). Paris: Dunod.
- Anzieu, D., & Séchaud, É. (1995). *Le moi-peau*. (Nouvelle édition revue et augmentée.). Paris: Dunod.
- Auclair, L. (2011). Représentation du corps : aspects théoriques, cliniques et développementaux. *EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES*, 23, 91-102.
- Beylier-Im, R. (1999). L'enfant déficient visuel. In *Psychomotricité. La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant* (p. 105-130). Cahors: Solal.
- Bigelow, A. E. (1991). Hiding in blind and sighted children. *Development and Psychopathology*, 3(3), 301-310. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005320>
- Bullinger, A. (2013). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Ramonville Saint-Agne: Eres.
- Corraze, J. (2001). *Les communications non-verbales*. Paris: Presses universitaires de France.
- De Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. (2e éd. entièrement refondue.). Paris: Masson.
- De Lièvre, B., & Staes, L. (1993). *La psychomotricité au service de l'enfant*. Paris: Editions Belin.
- Dolto, F. (1992). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Éd. du Seuil.

- Galiano, A.-R., & Portalier, S. (2013). *Psychologie cognitive et clinique du handicap visuel*. Bruxelles: De Boeck.
- Grenier, A. (1997). La motricité libérée des bébés. Consulté 17 avril 2019, à l'adresse Cairn website: <https://www.cairn.info/que-sont-les-bebes-devenus--9782865865468-page-41.htm>
- Hall, E. T., Petita, A., & Choay, F. (1971). *La Dimension cachée*. Paris: Ed. du Seuil.
- Hatwell, Y. (2003). *Psychologie cognitive de la cécité précoce*. Paris: Dunod.
- Herbinet, É., Busnel, M.-C., & Robin, L. (2000). *L'Aube des sens : ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles fœtales et néonatales* (9ème). Paris: Stock.
- Journet, N., De Bonis, M., Cosnier, J., & Dortier, J.-F. (1997). Dossier : Comprendre les émotions. *Sciences Humaines*, (68), 14-29.
- Lahouel-Zaier, W. (2018). Processus d'attachement dans le contexte du handicap. *Contraste*, 48(2), 163-180.
- Lairy, G. C. (2004). Psychopathologie de l'enfant atteint de cécité ou d'amblyopie bilatérale congénitales. Consulté 17 avril 2019, à l'adresse Cairn website: <https://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l--9782130545576-page-889.htm>
- Lehmann, J.-P. (2003). *La clinique analytique de Winnicott*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Lissonde, B. (1984). *Rôle de la vision dans la construction du schéma corporel étude génétique et différentielle chez 50 enfants voyants et 50 enfants aveugles congénitaux d'intelligence normale* (Thèse de Psychologie). Consulté à l'adresse <http://www.sudoc.fr/04121000X>

- Pijulet, A. (2010). Le psychomotricien et la musicothérapie. *EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES*, 22, 4-11.
- Pireyre, É. W., & Delion, P. (2015). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept* (2e édition.). Paris: Dunod.
- Piriou, C.-N. (1999). L'instruction de la locomotion pour les personnes aveugles. *Thérapie psychomotrice*, 11(44), 59-64.
- Raynard, F. (2003). *Un autre regard : la réadaptation des déficients visuels*. Marseille: Solal.
- Reich, W. (1928). *L'analyse caractérielle*. Paris: Payot.
- Robert-Ouvray, S. (2015). Le corps étai de la psyché. Consulté 19 mars 2019, à l'adresse Site de Suzanne Robert-Ouvray website: <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-corps-etai-de-la-psyche/>
- Sage, I. (2008). Quand le corps s'exprime : Les postures émotionnelles. *EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES*, 20(79), 17-24.
- Vital-Durand, F., Mazoyer, V., Koenig, F., & Portalier, S. (1998). La déficience visuelle : éducation spécialisée chez le nourrisson et réhabilitation chez la personne âgée. *médecine/sciences*, 14(12), 45-54. <https://doi.org/10.4267/10608/973>
- Wallon, H., & Jalley, É. (1995). *L'évolution psychologique de l'enfant*. (11e édition.). Paris: A. Colin.

TABLE DES ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : Schéma de l'œil en coupe sagittale

ANNEXE II : Schéma des voies visuelles en coupe transversale

ANNEXE III : Schéma de la répartition des photorécepteurs sur la rétine et de la vision centrale et périphérique

ANNEXE IV : Image d'un métallophone

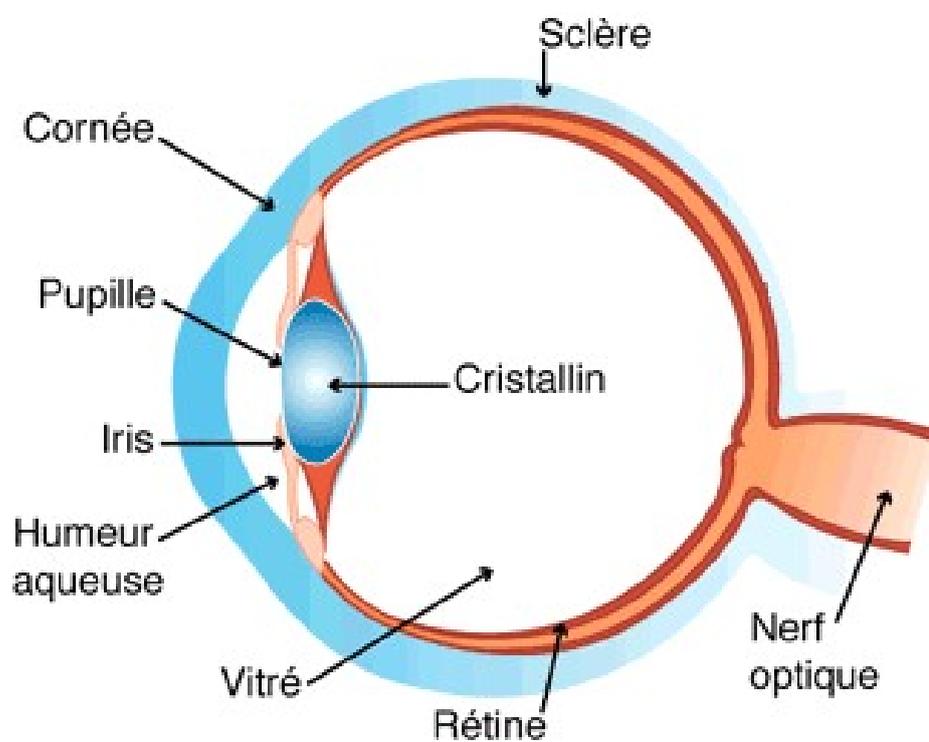
ANNEXE V : image d'une darbouka

ANNEXE VI : Image d'un steel-drum

ANNEXE VII : Schéma de la manœuvre du « tiré-assis »

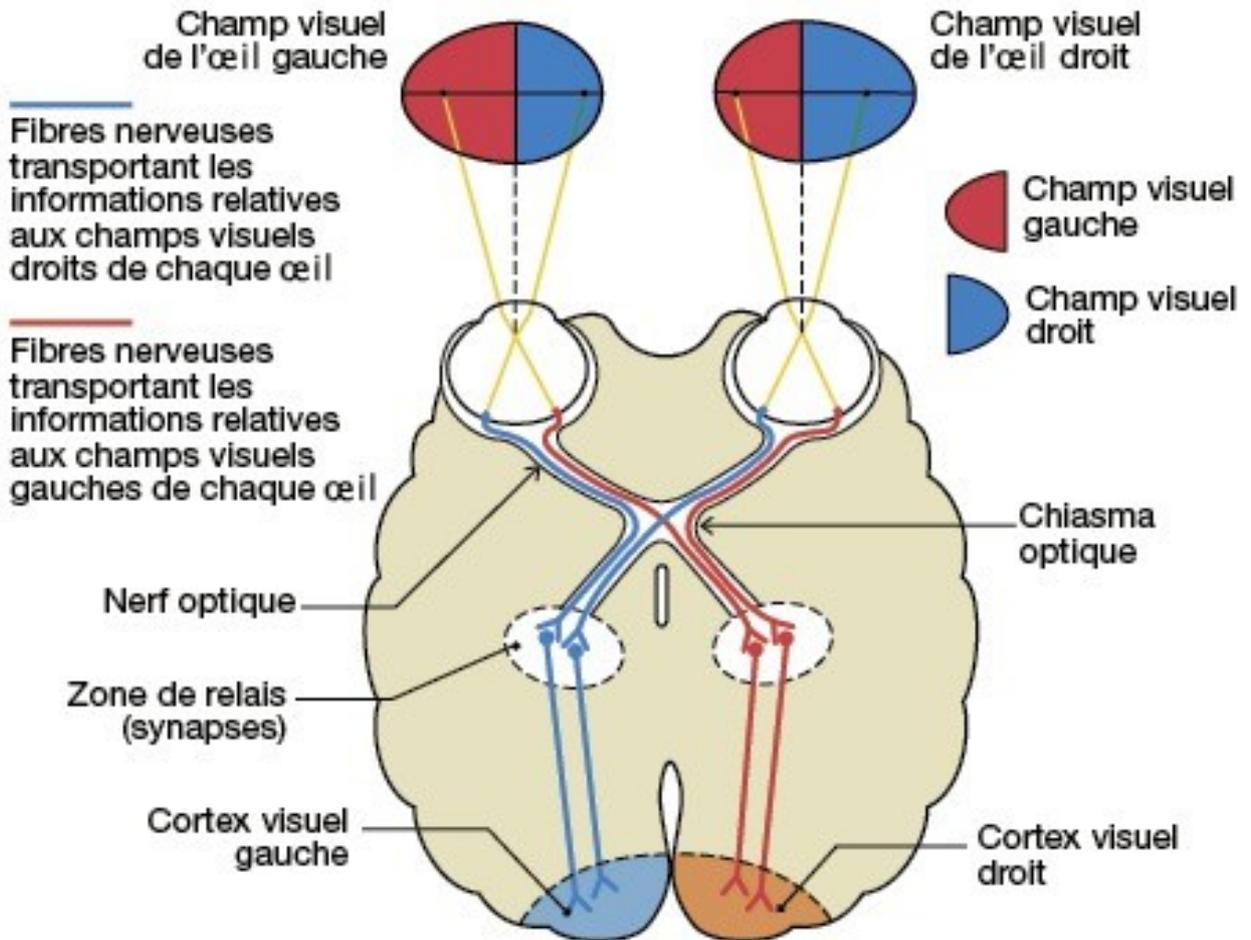
ANNEXE I : Schéma de l'œil en coupe sagittale

Source : <http://tpevisionnocturne2017.e-monsite.com/pages/i-l-oeil-chez-l-etre-humain/l-oeil-de-l-etre-humain.html>



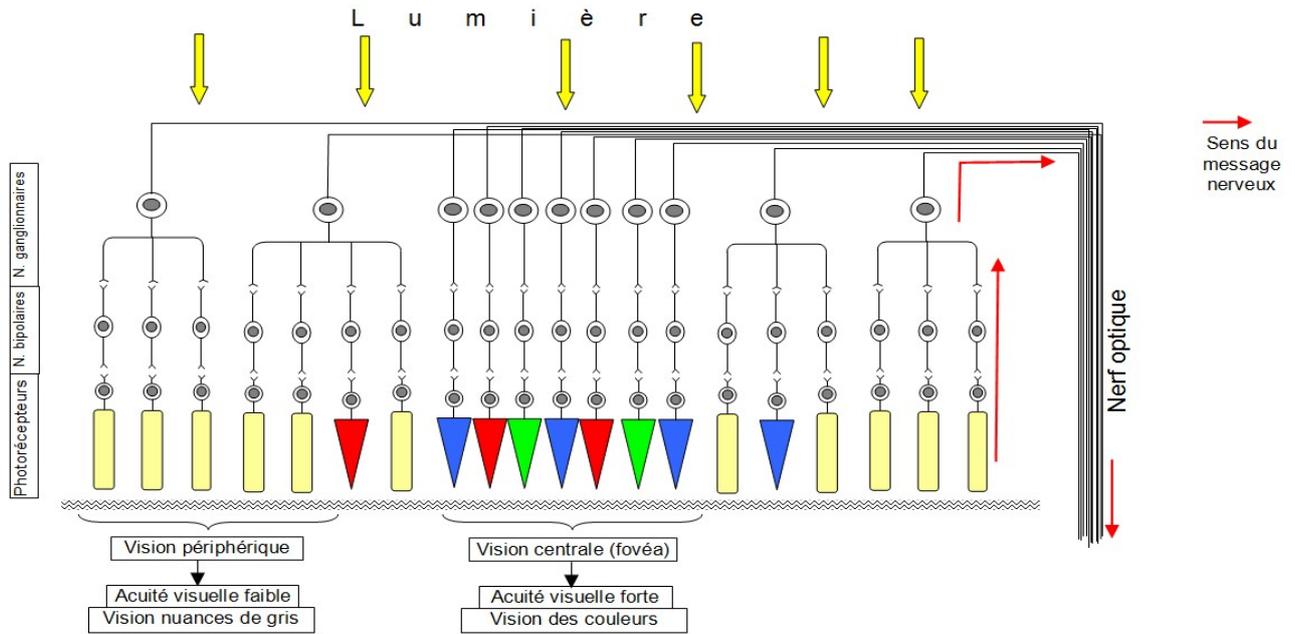
ANNEXE II : Schéma des voies visuelles en coupe transversale

Source : <http://www.vivelessvt.com/lycee/la-construction-dune-perception-visuelle/>



ANNEXE III : Schéma de la répartition des photorécepteurs sur la rétine et de la vision centrale et périphérique

Source : <http://svt.ac-dijon.fr/schemassvt/spip.php?article2623>



ANNEXE IV : Image d'un métallophone

Source : <https://musiciselementary.com/product/alto-metallophone/>



ANNEXE V : image d'une darbouka

Source : <http://www.baguetterie.fr/gawharet-el-fan-drmsomb1001-sombatie-pro-nacree.html>



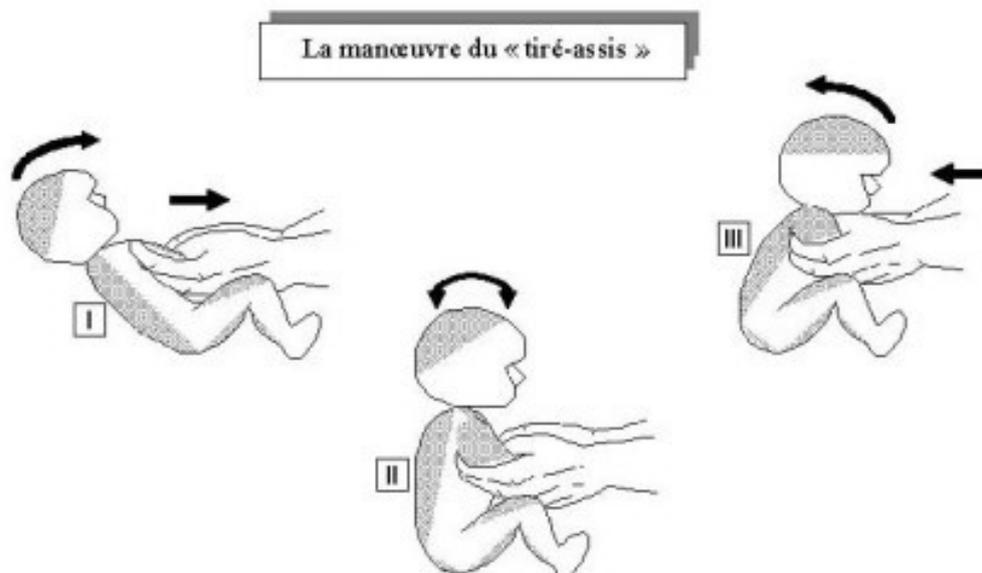
ANNEXE VI : Image d'un steel-drum

Source : <https://larkininthemorning.com/products/std01>



ANNEXE VII : Schéma de la manœuvre du « tiré-assis »

Source : <https://lille2p1.wordpress.com/2015/08/08/ue7-le-developpement-psychomoteur/>



Vu par la maitre de mémoire, Pascale OLIVIER,

Psychomotricienne DE.

A Lyon, le

29 Avril 2019

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a horizontal line and a small flourish.

Auteur : Suzanne BRUN

La mélodie du mouvement

*Effet de la médiation musicale
sur l'exacerbation motrice d'un jeune patient aveugle*

Mots-clés : musique – cécité – débordement moteur – blindness – conscience corporelle – relation

Résumé : Au cours d'une prise en charge de groupe, associant la psychomotricité à la musicothérapie, je rencontre Adem, un jeune homme aveugle de naissance. Je suis alors touchée par sa grande sensibilité envers la musique, par ce qu'elle suscite en lui : de vives réactions, des mouvements permanents, abrupts et dispersés... Ces mouvements exacerbés semblent le « déborder » et se traduisent par des crispations toniques, des balancements de son corps, de grands sourires, des rires... autant de manifestations semblant témoigner de son vécu émotionnel. Or, je constate qu'au cours de ces moments de joie intense et de vive agitation, il se renferme sur lui-même, se coupe du lien à l'autre, semble juste envahi. La musique semble révéler tant de lui, être source d'un plaisir immense, mais il ne s'en saisit pour l'instant que pour se réfugier en lui-même. Dès lors, comment la médiation musicale, abordée par deux approches thérapeutiques complémentaires, peut-elle l'aider à prendre conscience de son débordement moteur et à le transformer, de manière à ce qu'il puisse s'ouvrir au monde qui l'entoure ?