



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

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



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

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

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

Un corps habité

L'accompagnement psychomoteur au soutien de l'habitation corporelle du sujet
polyhandicapé

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

Par : Joséphine HACQUES

Mai 2023 (Session 1)

N°1782

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

Un corps habité

L'accompagnement psychomoteur au soutien de l'habitation corporelle du sujet
polyhandicapé

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Joséphine HACQUES

Mai 2023 (Session 1)

N°1782

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président CA
Pr. Didier REVEL

Secteur Santé

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

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

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Président **Pr. Pierre COCHAT**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

UFR Faculté des sciences
Directeur **Mr Bruno ANDRIOLETTI**

Département de Génie électrique et des
procédés
Administrateur provisoire
Mme Rosaria FERRIGNO

Département Informatique
Administrateur provisoire
Mr Behzad SHARIAT

Département Mécanique
Administrateur provisoire
Mr Marc BUFFAT

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

Vice-président relations hospitalo-
universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

U.F.R. d'Odontologie
Directrice **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **Mr Guillaume BODET**

Institut Universitaire de Technologie Lyon
1 (IUT)
Directeur **Mr Christophe VITON**

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

Observatoire de Lyon
Directrice **Mme Isabelle DANIEL**

Institut National Supérieur du
Professorat et de l'éducation (INSPé)
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA
RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques

M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Alice GENOT

Coordinatrice des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Table des matières

LEXIQUE.....	
INTRODUCTION	1
PARTIE CLINIQUE.....	3
1. Présentation du contexte de la structure	3
1.1. Présentation de la structure	3
1.1.1. La structure.....	3
1.1.2. Le projet d'établissement	3
1.1.3. Les différents professionnels.....	4
1.1.4. Les résidents et leur quotidien.....	5
1.2. La psychomotricité dans la structure	5
1.2.1. Les rôles de la psychomotricité	5
1.2.2. Les différents espaces d'intervention	6
1.2.3. Ma place de stagiaire.....	6
1.3. Le contexte de l'accompagnement	7
1.3.1. L'organisation générale :.....	7
1.3.2. Les différents temps forts :.....	7
2. Agnès : Histoire, contexte et présentation	10
2.1. Présentation.....	10
2.2. Anamnèse.....	10
2.3. Son quotidien dans la structure	11
2.4. Bilan, indications et PEC en psychomotricité	12
3. Observations psychomotrices d'Agnès	14
3.1. Première rencontre	14
3.2. Sortir de son fauteuil : une rigidité prégnante.....	15
3.2.1. Une sculpture figée dans le mouvement.....	15
3.2.2. L'hyper (tonicité, vigilance) comme tentative d'organisation ?	17
3.3. Prendre appui pour sortir de l'immobilité.....	18
3.3.1. La nécessité d'un appui corporel.....	19
3.3.2. Un appui psychique sur autrui.....	23
3.4. Objectif relâchement ?	24
3.4.1. Vers une libération du mouvement.....	24
3.4.2. Vers un travail de mémorisation corporelle ?.....	26
PARTIE THÉORIQUE	28
1. Le sujet polyhandicapé.....	28
1.1. Le polyhandicap : histoire, définitions et origine	28
1.1.1. Un peu d'histoire	28
1.1.2. Étiologies et manifestations cliniques	29
1.2. Le corps du sujet polyhandicapé.....	32
1.2.1. Un corps fragile et médicalisé	32
1.2.2. Un vécu corporel particulier	33
1.2.3. Les particularités corporelles : entraves au développement sensori-moteur et tonico-postural	34
1.3. Les enjeux psychiques liées à la question du polyhandicap	35

1.3.1.	La déficience intellectuelle : Une nouvelle entrave au fonctionnement psychomoteur du sujet ?	35
1.3.2.	Le relationnel et l'affectif : ce qui se joue chez le sujet polyhandicapé et son entourage.....	36
1.3.3.	Le soignant et ses représentations	37
2.	Habiter son corps	38
2.1.	Définition	38
2.1.1.	Habiter	39
2.1.2.	Habiter son corps	39
2.1.3.	Du sensoriel au sensori-moteur	42
2.2.	Quels sont les processus nécessaires pour habiter son corps ?	43
2.2.1.	Un milieu biologique favorisant l'expérimentation et son appropriation.....	44
2.2.2.	La place du milieu humain dans ce processus	45
2.3.	De l'appropriation corporelle à l'habitation corporelle	47
2.3.1.	L'émergence des premières représentations.....	48
2.3.2.	La qualité de présence à ses sensations	49
2.3.3.	Agir et interagir avec le monde : une finalité de l'habitation corporelle ?	50
	PARTIE THÉORICO-CLINIQUE	52
1.	Un corps habitable ?	52
1.1.	Un corps entravé	52
1.2.	...mais habitable	54
1.3.	Un corps habitable, mais qui lui échappe	55
2.	La sensori-motricité au service de l'habitation corporelle.....	57
2.1.	Du sensoriel... ..	58
2.1.1.	Sentir.....	58
2.1.2.	Percevoir.....	59
2.2.	...Au moteur	60
2.2.1.	Une installation posturale comme soutenant le mouvement	60
2.2.2.	Se mouvoir pour s'approprier son corps.....	61
2.3.	Le sensori-moteur pour pleinement habiter son corps.....	62
3.	L'importance du milieu humain.....	63
3.1.	Le portage pour s'éprouver soi, en tant qu'acteur	63
3.2.	La relation au service de l'habitation corporelle.....	65
3.3.	Un milieu humain favorisant les représentations.....	66
3.4.	Les spécificités de l'accompagnement par le psychomotricien.....	67
	CONCLUSION	71
	BIBLIOGRAPHIE	71
	TABLE DES ANNEXES.....	73

Lexique

AMP : Aides-Médico-Psychologiques

CTNERHI : Centre National d'Études et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations

CESAP : Comité d'Études, d'Éducation et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées

DI : Déficience Intellectuelle

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders, 5^{ème} édition. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FV : Foyer de Vie

HAS : Haute Autorité de Santé

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

SAJ : Service d'Accueil de Jour

INTRODUCTION

Introduction

Comment ai-je choisi de m'orienter vers la psychomotricité ? Est-ce mon caractère ? Mon envie de travailler dans le domaine du soin ? J'aime croire qu'il s'agit d'une multitude de phénomènes intriqués les uns aux autres. J'imagine également que mes nombreuses années de pratique de la danse y ont contribué. J'ai toujours été particulièrement intéressée, même fascinée par le corps et ses mouvements, ses innombrables possibilités et capacités communicationnelles. Le corps est la partie externe, visible de notre être. C'est un outil, grâce auquel nous rentrons en contact avec notre environnement. Nous l'incarbons : nos mouvements, expressions, mimiques sont teintées de nos émotions, sensations et impressions internes. Tous les jours de notre vie, et de manière unique, nous cherchons à incarner notre corps, à l'habiter.

Dans le cadre de ma troisième année de formation, c'est avec un peu d'appréhension que je débute un stage dans une structure accueillant des adultes en situation de handicap divers, dont certains présentent un polyhandicap. M'étant préparée à l'éventualité que la rencontre avec le polyhandicap puisse me sidérer, je suis particulièrement attentive à mes ressentis internes. Mais lorsque j'accompagne pour la première fois les résidents en balnéothérapie, je me trouve décontenancée face à leurs corps déformés, marqués, sondés. Je cherche à comprendre. Ce que j'observe me questionne profondément : je suis mise à mal par cette apparente immobilité, tant corporelle que faciale, les déformations corporelles que j'observe, les sensations qui semblent parfois ne pas être considérées par l'individu lui-même. Qu'en est-il des mouvements, de l'expression des émotions, de ce corps expressif qui nous définit tant, comme individu ? Quel vécu anime ces personnes ? Qu'il y a-t-il à l'intérieur ? Qui sont-ils ? Comment incarnent-ils leur corps ?

Face à ces nombreux éléments, je me questionne rapidement, sur notre rôle de psychomotricien. Qu'en est-il de notre pouvoir d'action auprès du sujet polyhandicapé, nous pour qui le mouvement, les expressions, et les sensations sont au cœur de notre métier. Quand est-il de ces fonctions, de leur développement et leur investissement ?

Je vous propose de vous guider dans ce mémoire à travers ma rencontre avec ce public, dont j'ai préalablement pris soin de conserver l'anonymat. C'est avec Agnès,

femme polyhandicapée d'une cinquantaine d'années que je vais tenter d'appréhender ces questionnements. Dès notre première rencontre, de nombreux éléments m'interpellent chez elle : son regard, sa posture, sa rigidité, elle me semble figée. Comment se vit-elle dans son corps ? Ce dernier étant marqué par de nombreuses limitations, comment parvient-elle à l'éprouver, l'approprier et l'incarner ? Au regard de son vécu corporel, et de son histoire, je me demande comment elle habite son corps. Ce sont à partir de ces premiers questionnements que ma pensée s'est construite, me guidant progressivement vers une question plus générale :

Dans quelle mesure l'accompagnement en psychomotricité vient-il soutenir l'habitation corporelle du sujet polyhandicapé ?

La clinique du polyhandicap étant parfois difficile à visualiser, et à se représenter, je m'attacherai premièrement à poser le cadre de la prise en charge. C'est ainsi qu'après vous avoir présenté la structure et ses spécificités, je veillerai à développer mes observations cliniques à propos d'Agnès, que je rencontre dans le cadre d'un accompagnement en milieu aquatique. Ces observations seront alors retranscrites dans une étude de cas teintée de mes principaux questionnements.

Dans un second temps, je développerai une partie théorique en deux points. J'évoquerai tout d'abord la question du polyhandicap, faisant apparaître les éléments me paraissant essentiels dans la compréhension psychomotrice du sujet polyhandicapé. Puis, je présenterai ensuite la notion d'« habitation corporelle », en la définissant et en apportant certains éléments, nécessaires à sa compréhension.

Enfin, dans une dernière partie, concepts théoriques et hypothèses cliniques s'entremêleront pour tenter d'apporter des pistes de réflexions à la question initiale.

PARTIE CLINIQUE

Partie clinique

1. Présentation du contexte de la structure

1.1. Présentation de la structure

1.1.1. La structure

J'effectue l'un de mes deux stages cliniques au sein d'une structure accueillant des adultes en situation de handicap. Ouverte depuis 13 ans environ, cette structure se divise en quatre types d'accueil : le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), le Foyer de Vie (FV). La structure propose également un service d'accueil de jour (SAJ) du lundi au vendredi.

L'établissement accueille un public aux handicaps très variés, à partir de l'âge de 20 ans. Selon le type d'accueil, les résidents ne sont pas tous au même degré d'autonomie : certains présentent une déficience intellectuelle et des troubles associés, tandis que d'autres sont atteints de polyhandicap. Sur le plan moteur, les difficultés rencontrées sont très variables, limitant plus ou moins de possibilités locomotrices.

Dans tous les cas, cette structure est un lieu de vie qui héberge et accompagne des personnes en situation de dépendance, n'ayant pas assez d'autonomie pour prendre pleinement soin d'elles-mêmes dans les actes de la vie quotidienne. L'établissement et son équipe pluriprofessionnelle accompagnent donc les résidents tant sur le plan éducatif et social, que médical et paramédical.

1.1.2. Le projet d'établissement

Une des particularités de la structure est ce que l'on pourrait nommer le « non-cloisonnement ». Les résidents sont répartis dans les unités, quels que soient leurs handicaps, et donc leur degré de dépendance. Ainsi, les unités sont composées de résidents relevant aussi bien du FV, du FAM, que de la MAS. Par ailleurs, les lieux d'hébergement et d'activités sont bien distingués, ce qui permet de favoriser la mobilité des usagers. Ces derniers peuvent alors se déplacer librement dans toute la structure.

La structure offre la possibilité à des résidents d'autres lieux d'hébergement de venir faire des « stages », pour découvrir le fonctionnement de l'institution, et voir s'ils s'y

sentent à l'aise. Il est aussi possible que les résidents d'une unité viennent découvrir temporairement la vie sur une autre unité, pour ensuite pouvoir se positionner sur le mode de vie, le rythme qui leur convient le mieux.

J'ai tout de suite été séduite par ce projet d'ouverture. Cela contribue, je pense à l'atmosphère de vie régnant dans cette structure. Je m'y suis directement sentie à l'aise, comme si j'y étais déjà allée auparavant. Néanmoins, j'ai mis du temps avant de pouvoir me repérer convenablement dans la structure : retrouver la salle de psychomotricité relevait d'une vraie réflexion. De plus, les résidents n'étant pas répartis par unité selon leur orientation (FAM/MAS/FV), il est difficile de savoir quelle unité héberge chaque résident. J'imagine que les résidents, lors de leur arrivée ont pu partager le même sentiment que moi, avant de s'y adapter.

1.1.3. Les différents professionnels

L'établissement comporte une équipe pluridisciplinaire, faisant intervenir de nombreux acteurs. Ainsi, on compte :

- Une équipe de direction
- Une équipe administrative
- Une équipe soignante, composée d'un médecin, d'infirmières, et d'aides-soignants
- Une équipe éducative, faisant intervenir des éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs, des Aides Médico-Psychologiques (AMP), des accompagnants éducatif et social.
- Une équipe paramédicale complète, composée de deux psychomotriciennes, d'une ergothérapeute, de kinésithérapeutes, d'orthophonistes, d'une Enseignante en Activité Physique Adaptée, ainsi que d'une art-thérapeute.
- Une équipe « services généraux »
- De nombreux bénévoles intervenant pour des activités ponctuelles dans la structure.

Une chose qui me marquera lors de mes premiers jours de stage est le dynamisme de l'équipe, notamment des professionnels paramédicaux. Les idées et réflexion fusent, les projets sont plus variés les uns que les autres, ce qui donne un véritable élan de vie à la structure tout entière. La communication interdisciplinaire semble être un élément clé dans cette structure, où chaque professionnel voit le patient sous le prisme spécifique de son

domaine d'intervention et repère des éléments susceptibles de compléter la compréhension du résident, de ses besoins et ses envies.

1.1.4. Les résidents et leur quotidien

La structure compte au total 73 résidents permanents, avec un nombre défini de places en FAM, MAS, ou FV. L'institution propose par ailleurs deux places en accueil temporaire.

La structure comprend quatre unités de vie différenciées en internat et un accueil de jour. Chaque unité reçoit entre dix et quinze résidents : les groupes sont mixtes et hétérogènes, tant au niveau de l'âge que de la spécificité des handicaps. Chaque unité est organisée autour d'un espace commun, où les résidents passent une grande partie de leur temps. Les chambres, espace individuel attribué à chaque résident, entourent cet espace commun. Les résidents peuvent se déplacer librement dans toute l'enceinte de la structure, dans différents espaces communs et dans le parc extérieur.

Le quotidien des résidents est rythmé en partie par de nombreux soins corporels de nursing : toilette, habillage, alimentation... Les rendez-vous médicaux externes ou internes ponctuent également leur quotidien, tout comme les différents suivis paramédicaux : orthophonie, psychomotricité, kinésithérapie... Par ailleurs, la structure où j'interviens propose de nombreuses autres activités et ateliers proposés en groupe : Makaton, atelier cuisine, mais aussi diverses sorties (concerts, balades, piscine...). Enfin, de nombreux événements marquent l'année, au rythme des saisons : repas festif de Noël ou de Pâques, fête de l'établissement...

1.2. La psychomotricité dans la structure

1.2.1. Les rôles de la psychomotricité

Deux psychomotriciennes sont présentes dans la structure. Elles interviennent sur prescription du médecin, principalement auprès des patients relevant du FAM ou de la MAS. Présentes à temps partiel, elles répartissent leurs temps de présence entre des suivis individuels, et d'autres groupaux. Les groupes peuvent être animés en co-thérapie avec d'autres professionnels paramédicaux, tels que l'APA (groupe lutte), mais aussi l'orthophoniste (groupe « Corps et Voix ») et les kinésithérapeutes (groupe tapis).

Les patients sont orientés par le médecin, mais aussi parfois indirectement par les équipes, qui semblent avoir une bonne représentation de la psychomotricité. Elles n'hésitent d'ailleurs pas à nous interpeller au sujet d'un patient qui pose question.

Les résidents sont accueillis en psychomotricité pour des raisons variées. Ils y sont adressés pour différentes problématiques : troubles du comportement, troubles relationnels, de la sensorialité, difficultés d'investissement corporel... Le psychomotricien est très souvent sollicité. Dans cette clinique où la mobilité et la communication fait parfois défaut, le corps devient un véritable vecteur d'échanges et un support de communication : la psychomotricité accompagne le résident à mettre du sens sur ses ressentis.

Conscientes de l'importance du travail pluridisciplinaire pour l'accompagnement du résident au quotidien, les psychomotriciennes ont également un rôle très important à jouer auprès des équipes. À partir de ce qu'elles observent en séance individuelle, ou lors de groupes, elles peuvent renseigner les équipes sur la compréhension de l'organisation psychomotrice de chaque résident.

1.2.2. Les différents espaces d'intervention

Le suivi psychomoteur peut s'effectuer dans différentes parties de la structure. Il existe une salle de psychomotricité, dans laquelle se déroulent de nombreux suivis individuels. Cette pièce est assez grande et possède tous les aménagements nécessaires afin d'accueillir au mieux le résident, et de répondre de manière la plus adaptée possible à ses besoins. Cet espace dispose de poufs, tapis, objets sensoriels en tout genre, hamac, ballons, mais aussi d'un lève-personne monté sur rail au plafond afin de faciliter les transferts. La structure possède également une salle Snoezelen, que les psychomotriciennes utilisent, tout comme les soignants formés à cette médiation.

Par ailleurs, d'autres espaces peuvent être investis lors de la prise en charge groupale : la salle commune, les jardins, mais aussi le bassin de balnéothérapie, se trouvant dans une autre structure.

1.2.3. Ma place de stagiaire

Je me rends une journée par semaine en stage. J'assiste le matin à trois prises en charge individuelles auprès de résidentes aux pathologies variées. Ces accompagnements

sont effectués en coanimation avec la psychomotricienne que je nommerai Julie. L'après-midi est consacrée à un accompagnement de 2 résidents, en balnéothérapie, que j'effectue avec l'autre psychomotricienne de la structure dont j'ai pris soin de modifier le prénom : Céline.

Assez rapidement, les psychomotriciennes m'ont offert la possibilité d'occuper une position active dans les divers suivis des patients. Que ce soit dans l'eau, où lors des accompagnements du matin, je mène aujourd'hui intégralement quelques séances.

1.3. Le contexte de l'accompagnement

Les séances dont je vais vous faire part se déroulent dans l'eau. Que ce soit en bassin de balnéothérapie, ou bien en bain thérapeutique, l'eau occupe une place primordiale dans cet accompagnement. N'ayant jamais expérimenté les suivis dans l'eau avant ce stage, cela est pour moi une grande découverte, source de nombreux questionnements.

1.3.1. L'organisation générale

Chaque mardi après-midi, nous accompagnons deux résidents en balnéothérapie. Nous suivons 4 résidents sur un semestre, en alternant chaque semaine entre les 2 groupes. C'est dans ce cadre que je rencontre une semaine sur deux, une résidente que je nommerai Agnès. Les groupes devaient normalement être stables, mais en raison des diverses problématiques de santé des résidents, nous alternons souvent les binômes. Il s'avère que nous accompagnons un groupe de résidentes uniquement pour ce premier semestre.

L'encadrement des séances est assuré par trois personnes : la psychomotricienne, un soignant (AMP, ou aide-soignant) et moi-même. Les soignants connaissent les résidents et leur fonctionnement dans les temps de vie quotidienne : change, toilette...ce qui nous aide grandement dans les temps hors de l'eau.

1.3.2. Les différents temps forts

- **Le premier contact : la rencontre**

Nous allons, avec Céline chercher les résidentes dans les unités. Nous nous présentons à eux et nous leur expliquons que nous allons en balnéothérapie, accompagnées

par une autre des résidentes. Ce moment marque le début de l'accompagnement, la remise en place du contexte...

Ainsi, nous sommes avec la psychomotricienne souvent associées à la balnéo par certains résidents qui nous accompagnent, mais aussi par quelques soignants. Lorsque nous croisons certains résidents dans les couloirs, ils entrent en contact avec nous par ce moyen : « piscine ? ». Nous sommes alors identifiées, associées en quelque sorte à cette médiation.

- **Le trajet**

La structure ne possède pas de bassin de balnéothérapie en interne. Il est donc nécessaire de nous rendre dans un autre centre. Nous devons pour cela prendre un véhicule, dans lequel nous installons les fauteuils des résidents. Après un temps d'installation conséquent, nous prenons la route pour une dizaine de minutes.

Pendant le trajet, les résidentes sont à l'arrière tandis que nous sommes devant avec la psychomotricienne et le soignant qui nous accompagne. Nous en profitons pendant le trajet pour échanger avec ces derniers, et créer du lien. La disposition des sièges dans le véhicule ne facilite pas l'échange avec l'arrière du camion, où sont placés les résidents. Même si nous nous tournons régulièrement vers l'arrière, les résidentes sont assez silencieuses : elles regardent le paysage défilant sous leurs yeux, ou sont dans un état de somnolence, de repos.

- **Une fois là-bas : le déshabillage**

L'entrée dans la structure et notamment dans la salle de change, avant la balnéo modifie nos repères concernant notre environnement sensoriel. En effet, nous entrons dans une pièce sombre, où la chaleur nous saisit, nous étouffant presque. Cela vient contraster avec la fraîcheur de l'environnement extérieur. Les odeurs sont différentes elles aussi : nous percevons l'odeur du chlore. Par ailleurs, nous sommes enveloppés d'un bruit profond et sourd, engendré par le système de traitement de l'eau du bassin.

Tour à tour, nous changeons les résidents, selon leurs capacités motrices, pour les mettre en maillot de bain. Nous accompagnons certains résidents sur le lit douche, tandis que d'autres peuvent prendre appui sur leurs jambes un court instant. C'est le cas d'Agnès.

Nous aussi sommes en maillot de bain. Nous sommes directement confrontées à la nudité des résidentes, comme elles sont confrontées à la nôtre. Nous faisons face à des

corps de femmes différents, marqués par leurs formes uniques, leurs courbures parfois particulières.

- **L'entrée dans l'eau :**

Nous accédons ensuite à une autre pièce, où se trouve le bassin de balnéothérapie. Nous entrons dans une nouvelle atmosphère : la pièce est lumineuse, de grands murs blanc carrelés reflètent la lumière du jour. La chaleur y est encore plus importante. Le bassin occupe presque toute la surface de cette pièce. Nous entrons dans l'eau avec les résidentes. Nous les accompagnons à deux professionnels dans une chaise roulante immersible, ou avec un lève-personne fixé au plafond. Le premier contact des pieds avec l'eau provoque souvent des réactions corporelles et faciales observables chez les résidents. Lors de ces transferts, Agnès est cramponnée, très rigide sur le fauteuil immersible. Une fois l'eau arrivant à leur taille, nous amorçons le portage : chaque résident est accompagné par un professionnel.

- **Dans l'eau :**

Une fois dans l'eau, l'accompagnement est ponctué de différents temps : un temps en binôme (résident/accompagnant), pour ajuster le portage, l'accordage s'étendant sur toute la séance. Cette dyade est ensuite élargie au groupe, favorisant les interactions, et autres temps de jeux, plus dynamiques. La fin de séance est signifiée aux résidentes verbalement, et marquée par un temps de rassemblement en groupe autour d'un chant, de bruitages partagés.

- **La sortie de l'eau :**

Lorsque nous sortons de l'eau, nous veillons à envelopper rapidement les résidents de serviettes, pour les sécher et les réchauffer. Nous tentons ainsi de ne pas créer de trop grande différence de température, pour pouvoir conserver le plus longtemps possible les effets bénéfiques de l'eau.

2. Agnès : Histoire, contexte et présentation

J'ai décidé dans cet écrit, de vous présenter Agnès, une résidente que j'accompagne en balnéothérapie, puis en bain thérapeutique sur l'année.

2.1. Présentation

Agnès est une femme d'une cinquantaine d'années. Elle a les cheveux courts, coupés à la garçonne, grisonnants aux quelques reflets blancs. Agnès présente une petite tête ronde, et porte des lunettes, qui soulignent son regard accrocheur. Son corps de petite taille, vient contraster avec la lourdeur de son fauteuil électrique. Par ailleurs, la couleur claire et vive des vêtements qu'elle porte vient d'autant plus accentuer cette impression, contrastant avec le noir profond de son fauteuil.

Agnès est installée dans un fauteuil à coques, suivant les courbes de son corps. Elle est assise, son fauteuil englobant son bassin et son buste. Elle présente en effet, une importante déformation au niveau du dos et du bassin en lien avec une scoliose importante.

2.2. Anamnèse

Les rares informations concernant son histoire de vie sont consignées dans son dossier médical.

Agnès présente une maladie neurologique depuis l'enfance, celle-ci étant non-étiquetée. Les médecins supposent une neuromyopathie évolutive (lésion des nerfs et lésions musculaires) après des examens réalisés lorsque Agnès atteint l'âge de vingt ans. D'autres médecins évoquent la présence d'une myopathie mitochondriale, mais aucune affection n'est clairement diagnostiquée.

Elle fait partie d'une fratrie de trois filles, et est la seule de sa famille à être atteinte d'une maladie neurologique. Sa mère est décédée d'un cancer à l'âge de 61 ans, mais son père est toujours présent auprès d'elle. Il lui rend visite régulièrement au sein de la structure.

Agnès naît en 1969. Elle présente à la naissance une malformation au niveau de ses deux pieds : un varus équin d'un angle de 40°. En ce qui concerne son développement psychomoteur, les parents d'Agnès relèvent que son développement est beaucoup plus lent que celui de ses sœurs : les acquisitions se font difficilement. Par ailleurs, Agnès présente une déficience intellectuelle depuis l'enfance, ce qui ne lui a jamais permis de suivre un

curus scolaire classique, et ce dès la maternelle. Aucun test n'évaluant cette déficience n'a été fait. Il n'existe pas plus d'informations concernant le développement psychomoteur d'Agnès durant la petite enfance.

À son entrée dans la puberté, Agnès, qui marchait, perd l'usage de cette fonction et sa situation motrice se dégrade progressivement.

D'un point de vue fonctionnel, Agnès présente une scoliose dorso-lombaire droite majeure. Elle présente d'autres pathologies diverses, l'impactant dans son quotidien : myopie sévère, importante ostéoporose, maladie de Basedow, atrophie cérébelleuse... Plus récemment, Agnès subit plusieurs fractures : sacrum, pied gauche puis pied droit, et diverses opérations du canal carpien.

Au vu de tous ces éléments et de la considération du médecin de la structure, nous pouvons dire qu'Agnès est une femme polyhandicapée. Malgré l'absence de tests d'évaluation de la déficience intellectuelle, et selon mes observations cliniques, les atteintes qu'Agnès présente correspondent à la définition que le Centre Technique National d'Études et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) nous donne : le polyhandicap est « un handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation » (George-Jeanet, 2002).

2.3. Son quotidien dans la structure

Agnès est arrivée dans la structure en automne 2015. Elle était auparavant hébergée dans un autre Foyer de Vie. Cinq années plus tard (2020), elle passe d'un statut de résidente en Foyer de Vie à un statut de résidente en FAM, ce qui lui offre un accès aux prises en charge rééducatives au sein de la structure.

Agnès est dépendante dans de nombreux actes de la vie quotidienne, ce qui ne s'améliore pas avec le temps. Elle se déplace seule dans toute la structure à l'aide de son fauteuil roulant électrique. Concernant l'alimentation, Agnès est capable de boire et de se nourrir seule à l'aide d'adaptations (tour d'assiette, verre spécifique...), mais cet acte nécessite de plus en plus d'aides et d'accompagnement. Agnès peut se mobiliser de façon active sur les temps de transferts, mais ne peut pas le faire seule. Elle peut tenir debout quelques secondes, avec un appui à disposition. Agnès est continente mais a besoin d'un accompagnement pour se rendre sur les toilettes.

Agnès est seule dans sa chambre. Elle se déplace beaucoup dans toute la structure. Elle présente des difficultés de communication orale, ce qui peut l'entraver dans ses tentatives de communication avec les autres résidents. Les équipes l'incitent parfois à répéter ou à utiliser le Makaton pour communiquer plus aisément.

Une importante problématique de sommeil est à relever chez Agnès : elle se réveille tôt dans la nuit, et manifeste son éveil aux veilleurs pas des cris et appels incessants. Son état apparent d'agitation, est à mettre en lien avec une angoisse persistante, dont me font part les psychomotriciennes. Un traitement médicamenteux a été mis en place pour tenter de réguler ces états d'agitation et de réveils nocturnes.

2.4. Bilan, indications et PEC en psychomotricité

Agnès bénéficie d'autres suivis paramédicaux tels que la kinésithérapie, à raison d'une fois par semaine, mais aussi l'orthophonie et l'art-thérapie. Elle participe toutes les semaines à un atelier Makaton, organisé par une des orthophonistes et l'ergothérapeute de la structure.

Agnès est accueillie en psychomotricité depuis la fin de l'année 2020. Julie, la psychomotricienne en charge du suivi, n'a pas réalisé de bilan psychomoteur, au vu du contexte d'urgence du suivi, sur lequel je reviendrai ensuite.

Voici néanmoins des observations qualitatives des capacités d'Agnès, issues de mes observations, complétées par son dossier médical et les autres bilans qu'elle a passés : orthophonie, ergothérapie...

Comme évoqué précédemment, Agnès passe une grande partie de son temps dans son fauteuil coque, adapté à ses déformations articulaires. Sa posture, tout comme son regard m'évoquent une attitude d'hypervigilance. Son visage est souvent contracté, fermé, me donnant l'impression qu'elle se trouve en perpétuelle réflexion.

Agnès présente une forte spasticité neurologique dans tout le corps, les possibilités de mobilisation articulaires et musculaires restant faibles. Sa scoliose entraîne des déformations articulaires importantes : Agnès présente une rotation importante de la ceinture pelvienne vers la droite (sa crête iliaque Gauche étant avancée sur le plan sagittal) en opposition avec une petite rotation de la ceinture scapulaire vers la gauche. Ces déformations rendent la position allongée, comme assise assez compliquée sans adaptations.

S'ajoute à cela une hypertonie : ses épaules décollant du fauteuil et ses genoux étant souvent en extension, jambes tendues. En effet, cette tension corporelle serait en partie due à sa spasticité, mais celle-ci serait amplifiée par son état permanent d'hypervigilance.

Agnès est souvent silencieuse, mais parvient à échanger quelques mots pour se faire comprendre. Il s'agit d'ailleurs souvent de questions, ou plutôt d'un unique mot interrogatif. Ses interpellations sont brèves, énergiques et se font sur un volume soutenu. Elle pose ainsi régulièrement des questions, en attendant une réponse de la part de son interlocuteur, même si la réponse ne semble rien signifier pour elle. Elle hausse les épaules, signe de son incompréhension. Elle persévère pour qu'on puisse la comprendre, ses capacités d'élocutions demeurant limitées. L'orthophoniste de la structure relève en effet la présence d'une dysarthrie, associée à des capacités d'expression et de compréhension limitées. Au quotidien, elle utilise quelques gestes de Makaton, mais aussi beaucoup le pointage pour communiquer. Ses expressions faciales ne varient pas beaucoup : ses émotions ne sont que peu visibles sur son visage.

Agnès se déplace seule à l'aide de son fauteuil électrique. Néanmoins, elle ne me semble que très peu prendre en compte son environnement proche et/ou la taille de son fauteuil pour se déplacer. Il lui arrive alors fréquemment de heurter des murs, mais aussi les fauteuils des autres résidents ou les pieds des professionnels. Pendant ses déplacements, il lui arrive régulièrement de se coincer une jambe, un pied, mais elle ne manifeste aucune réaction apparente. Concernant son schéma corporel, Agnès identifie la localisation des différentes parties du corps : elle ne peut pas les citer spontanément, mais les reconnaît dans ce que nous amenons.

Par ailleurs, les capacités de repérage spatial d'Agnès restent limitées. Elle ne semble pas percevoir la notion du temps qui passe, ou bien d'horaires, ce qui coïncide avec ses comportements d'éveil nocturnes, et provoque de nombreux comportements d'agitation.

Lors du début de la prise en charge d'Agnès, à la fin de l'année 2020, la psychomotricienne m'explique le caractère urgent du suivi. Il apparaît indispensable de mettre en place une prise en charge visant à soulager les tensions se manifestant au niveau corporel, associées à une problématique d'anxiété massive. En effet, le suivi est engagé dans un contexte particulier : c'est une période d'intensification des réveils nocturnes d'Agnès, ponctués de nombreux cris et d'agitations, difficiles à gérer pour l'équipe.

La prise en charge en bain thérapeutique débute alors, l'eau étant « un besoin primordial » selon Julie. La visée première de ce bain thérapeutique était pour Agnès de pouvoir travailler sur sa tonicité et sa régulation : permettre de l'atténuer et de prendre conscience de cet apaisement. C'est dans le prolongement de ces objectifs que lui est proposé un accompagnement en balnéothérapie, une semaine sur deux à partir du mois d'octobre 2022 jusqu'à la fin du mois de janvier 2023. Cette médiation lui est proposée par l'autre psychomotricienne de la structure : Céline. La semaine où Agnès n'a pas de séance de balnéothérapie de programmée, elle bénéficie d'un bain thérapeutique avec la psychomotricienne restée sur place. Par ailleurs, à la fin de l'accompagnement en balnéothérapie, il a été convenu que je prenne la suite des bains thérapeutiques, de manière hebdomadaire.

Les objectifs avec Agnès en balnéothérapie, m'ont été présentés par Céline, au début de l'accompagnement. Il s'agit de favoriser le relâchement corporel, en lien avec une tension importante au quotidien. Il est aussi question de tendre vers une diminution de son état d'hypervigilance pendant la séance. L'accompagnement dans l'eau vise également à lui offrir un espace, lui permettant de se concentrer sur elle, et sur ce qu'elle ressent. Enfin, le suivi permet d'aborder la question de sa place dans un dispositif groupal.

3. Observations psychomotrices d'Agnès

3.1. Première rencontre

Agnès est l'une des premières résidentes que je rencontre, lors de mon premier jour de stage. Il est 9 h 30, je suis dans l'établissement depuis un peu moins d'une demi-heure. Nous nous apprêtons avec Julie à rencontrer la première résidente. La psychomotricienne ouvre la porte, et devant nous : Agnès. Face à moi, se tient une femme d'une cinquantaine d'années, dans un fauteuil roulant électrique. Julie la salue chaleureusement, avec un grand sourire, et me présente à Agnès. Elle lui explique que nous irons en balnéothérapie l'après-midi ensemble, avec Céline, l'autre psychomotricienne de la structure. Le visage d'Agnès est très sérieux, comme concentré sur les propos de Julie. Elle dirige son regard vers moi, un regard que je qualifierai d'interrogateur : ses yeux sont grands ouverts, comme dans l'attente d'une réponse. Notre échange prend fin, et je lui annonce que l'on se retrouvera tout à l'heure, en balnéothérapie.

Suite à cette première rencontre, je suis tout de suite frappée par son apparent état de tension : son buste est en hyperextension, sa tête est dressée sur ses épaules. Agnès tient, ou plutôt s'agrippe à ses accoudoirs, comme en témoigne la couleur de ses doigts. Ses jambes ne reposent pas sur les repose-pieds, elles sont tendues à l'horizontale. Je me questionne alors à ce moment sur l'impact de sa pathologie dans la tonicité qui s'empare de tout son corps. Est-elle toujours dans cet état de tension ? Est-ce notre rencontre qui l'a accentué ?

Après cette rencontre, mes pensées se mélangent : je suis dans une véritable ambivalence. Je suis à la fois soulagée que cette rencontre se soit passée comme tel, mais aussi envahie par une appréhension concernant la séance de l'après-midi : comment peut-on accompagner cette rigidité en balnéothérapie ? Le corps se tient-il d'un bloc ou une décrispation, une détente est-elle possible ? Je peine à imaginer comment la tenir, comment la porter, au vu de ses multiples déformations.

3.2. Sortir de son fauteuil : une rigidité prégnante

3.2.1. Une sculpture figée dans le mouvement

Les séances de balnéothérapie sont rythmées par des rituels, des habitudes que l'on retrouve chaque semaine : un temps de transport, puis de change et enfin un temps dans l'eau.

Lors des transferts pendant le change, Agnès présente une tonicité importante dans tout son corps, du fait de son atteinte neurologique. Elle peut néanmoins faire varier son tonus afin de nous aider lorsqu'on lui demande pendant le change : elle peut se mobiliser activement au niveau corporel pour faciliter le déshabillage, tout comme l'habillage.

Une fois en maillot de bain, nous la menons à l'eau à deux professionnels, sur une chaise roulante immersible. Pendant ce trajet, Agnès reste silencieuse, aucun mot ou bruit ne sort de sa bouche. Son visage est fermé. Elle est très rigide sur cette chaise. Je me demande alors quel effet aura l'eau sur elle. L'eau, qui est pour moi associée à une image de souplesse, de malléabilité, va-t-elle lui permettre de gagner en fluidité corporelle ? À ce que sa raideur soit moins prégnante ?

Pour descendre la chaise roulante dans l'eau, Céline pousse le fauteuil tandis que je me trouve devant Agnès, face à elle alors que je marche en arrière. Le contact de l'eau

chaude sur ses pieds ne provoque chez elle aucune réaction verbale. Je verbalise alors le fait que l'eau touche ses pieds, en lui demandant si elle la sent. J'oriente en même temps mes yeux vers ses pieds, ce qui provoque chez elle la même réaction : elle se penche vers l'avant, regardant successivement ses pieds et mes yeux, toujours sans un mot. Je ne sais pas si elle comprend ce que j'amène à ce moment-là : elle dirige son regard vers ses pieds, certes. J'imagine alors qu'elle comprend quelle partie de son corps je désigne. Mais qu'a-t-elle saisi dans ma proposition ?

Nous poursuivons le trajet jusqu'à l'eau, et Julianne, l'AMP qui nous accompagne avec la psychomotricienne lors des deux premières séances se place dans le portage avec Agnès. Malgré le fait que je ne partage pas directement le portage durant les deux premières séances, j'observe la manière dont Agnès est portée, dont elle se laisse porter. Son corps dénudé laisse entrevoir plus précisément ces courbures et déformations, m'apparaissant alors être majorées par rapport à la station assise. Agnès présente une importante rotation au niveau de la colonne vertébrale, qui se répercute sur ses jambes présentant également une rotation latérale. Ses déformations articulaires me donnent l'image d'une sculpture que l'artiste aurait placée dans un mouvement suspendu et figé. Son corps tout entier semble immobile, figé, comme un bloc qu'on ne pourrait délier. Agnès a changé d'environnement, son corps n'est plus contraint par un support rigide, mais l'eau vient englober, entourer ses formes. Cette rigidité me marque, elle m'impressionne encore plus dans l'eau, environnement que j'associe à la fluidité, les ondulations, le mouvement. Toutes ces actions, ces mouvements me semblent alors irréalisables.

Lors de la troisième séance de balnéothérapie, je propose à Agnès de l'accompagner dans le portage. Au premier contact de mes mains et mes bras au corps d'Agnès, je me sens perdue. Ma main est-elle posée sur son dos, ses hanches ? Les rotations corporelles sont telles, qu'il m'est impossible de définir quelles sont les zones corporelles je touche sans l'intervention de l'appui visuel. Toutes les techniques de portage dont la psychomotricienne m'a parlé sont à réévaluer : aucune ne semble correspondre à cet instant précis. Je me questionne alors sur la manière dont Agnès sent et perçoit son corps. A-t-elle conscience de toutes ces déformations corporelles ? Et plus globalement, comment sent-elle ? Je me questionne sur ce qu'il est possible de sentir d'un corps peu mobile.

3.2.2. L'hyper (tonicité, vigilance) comme tentative d'organisation ?

À cette raideur corporelle s'ajoute une hypertonie. Lors de ces premières expériences de portage, le professionnel concerné la soutient au niveau de la ceinture scapulaire avec un bras, tandis que l'autre se trouve sous son bassin. Lors de ce portage, Agnès s'agrippe à l'aide de ses mains. Elle tient fermement le cou, le dos, ou l'épaule du professionnel qui la porte, ce qui répercute cette crispation dans l'ensemble de son corps. Lors de ces premières expériences, ce dernier la soutient au niveau de la ceinture scapulaire avec un bras, tandis que l'autre se trouve sous son bassin. J'observe les extrémités de ses doigts changer de couleur tellement la pression qu'elle exerce est forte. Que cherche-t-elle par ce soutien prononcé ? Je peux imaginer qu'elle ne se sente pas totalement à l'aise dans cette situation (Cf. Annexe 1).

Lors de la troisième séance, lorsque je partage l'expérience avec Agnès, je suis tout de suite surprise par ses expressions faciales. Son visage est fermé, tendu. Ses sourcils sont froncés, sa mâchoire serrée, plus aucun mot ne sort de sa bouche. Je ne parviens pas tout de suite à décrypter cette apparente tension : s'agit-il d'une concentration accrue pour prendre en compte ce qu'elle vit ? Cela semble à ce moment précis davantage relever d'une certaine appréhension. Face à cette posture, je tente d'attirer l'attention d'Agnès sur son environnement sensoriel : la lumière qui passe par la fenêtre, la chaleur de l'eau sur son corps, le bruit de l'eau qui s'agite...

Au cours de cette séance, je tente de proposer à Agnès de nouvelles expériences. Le portage dans lequel nous sommes au début m'est inconfortable, il nécessite une trop grande force de ma part, que je ne saurais tenir sur l'entièreté d'une séance. Je suis sur le côté gauche d'Agnès, mon buste est en contact avec le sien. Mon bras gauche soutient ses hanches tandis que sa tête et son épaule droite sont soutenues par mon bras droit. Elle s'agrippe fermement et fortement à mon épaule droite, ce qui nécessite chez moi une rétropulsion de mon buste vers l'arrière. Son bras droit est en flexion sur son tronc. C'est ainsi que je me décide à lui présenter un nouveau positionnement en me plaçant différemment (Cf. Annexe 2). Je lui suggère en premier lieu une frite, que je place à l'horizontale, sous ses genoux, ce qui vient surélever ses jambes. Il sera plus tard question d'un nouvel appui-main, pour qu'elle puisse se soutenir de son côté droit. Ma main, qui supportait jusqu'alors son épaule droite se libère pour venir proposer un appui-main.

Agnès ne répond au début que très peu à ces propositions : elle me regarde profondément comme pour être soutenue, mais aussi avoir mon avis. Elle n'émet aucun mot, ou signe de tête. Je mets alors ces différentes propositions en place. Lorsque je modifie mes appuis, la manière de la porter, son agrippement et son hypertonie reprennent, de plus grande intensité. Elle me lance des regards interrogateurs, et paniqués. Agnès est alors capable de refuser mes propositions en énonçant un « NON » assez distinct. Face à ces comportements, de peur, d'appréhension auxquels elle semble sujette, je décide de réassurer Agnès verbalement. Je lui explique ce que je fais, je lui dis que je la tiens, que je ne vais pas la lâcher. Cette réassurance verbale permet d'amorcer progressivement de nouvelles propositions de mouvement. Et si ces nouvelles propositions étaient vécues pour elle comme une perte de contrôle ? Agnès ne semble pas apprécier ce qu'elle ne connaît pas, et montre une certaine appréhension aux changements. Face à ces modifications de repères et nouvelles expériences, son recrutement tonique apparaît ici comme une réponse à ce qu'elle ne peut maîtriser.

Par ailleurs, sur cette même séance, Agnès présente une attention accrue aux signaux de son environnement. Elle me semble être en état d'alerte, d'hypervigilance aux moindres bruits ou mouvements qu'elle peut percevoir. Ses yeux balayent l'entièreté de son champ visuel. Agnès, dans le portage a les oreilles dans l'eau, la coupant du bruit sourd émis par la pompe extérieure qui filtre l'eau. Lorsque du bruit est émis par l'une des personnes du bassin, elle se redresse brusquement en soulevant sa tête de l'eau, comme pour chercher à entendre, ou à voir la source du bruit. Elle dirige son regard vers moi, en m'adressant une question sur un ton vif et fort : « Quoi ? », comme si je devais lui traduire ce qu'elle entend, ce qui s'est passé.

Comment comprendre ces comportements d'hypertonie, d'hypervigilance ? Cela pourrait être une manière de s'organiser face à un environnement qui lui échappe, face à des sensations corporelles lui étant étrangères. Nous pourrions en effet imaginer que cela puisse être une tentative de contrôle, de maîtrise corporelle des sensations qui lui parviennent.

3.3. Prendre appui pour sortir de l'immobilité

Dans ces deux premières séances, la place du portage est au cœur des propositions. Les professionnels cherchent à s'ajuster au résident porté, afin d'ensuite tenter, proposer

d'autres expériences. Comme évoqué juste au-dessus, j'é mets l'hypothèse que l'hypertonie et l'hypervigilance sont une tentative d'organisation corporelle, de contrôle de sensations qui lui échappent dans une nouvelle situation.

Relâchement corporel. Voici ces deux mots qui résonnent en moi lorsque je pense la prise en charge et ses objectifs. Mais comment y arriver ? Par quelles étapes doit-on passer afin de tendre vers cet objectif ? Est-il seulement atteignable ? À partir de ce que j'observe lors de ces premières séances, je me questionne sur les propositions que nous allons amener. Comment parvenir à une forme de relâchement, alors que ce que j'observe est de l'ordre d'une immobilité, d'une crispation à la fois neurologique et réactionnelle ?

Nous tentons alors de proposer quelques variations dans le portage comme de nouvelles expériences sensori-motrices : successivement, je propose à Agnès des changements de rythme du déplacement, des balancements, pour faire émerger des demandes de sa part, ou un éventuel mouvement spontané.

Nous nous appuyons sur le fait de lui proposer de tous petits changements, et ce progressivement, afin de ne pas la mettre en difficulté, ou en position d'insécurité corporelle, se répercutant sur son vécu interne.

3.3.1. La nécessité d'un appui corporel

Comme énoncé précédemment, du fait de la répartition non-symétrique des tensions et des déformations corporelles, ses jambes et son bassin ont tendance à se diriger vers la droite, entraînant le reste du corps dans sa torsion. Son hémicorps droit est alors souvent légèrement sous la surface de l'eau.

Lors de la quatrième séance, je réitère le portage avec Agnès. Contrairement aux autres séances passées, je change de côté de portage. Je me place dans une nouvelle position, de son côté gauche, encore bien à la surface. Je suis alors positionnée dans le creux de la déformation articulaire, mon ventre étant en contact avec une partie de son buste. Cette proximité empêche la rotation du corps entier dans l'eau. Mes bras sont placés sous son bassin et en soutien au niveau de sa ceinture scapulaire. Ma main droite est directement attrapée par celle d'Agnès : est-ce un besoin d'un appui moteur supplémentaire pour plus de stabilité ? Ou bien serait-ce un support de réassurance ? Je verbalise la position de mes mains, même si je ne suis pas très sûre de ce que j'avance. Je suis bien. Les tensions dans mes bras, pour soutenir Agnès s'amenuisent. Nos corps,

comme nos visages sont très proches, presque collés. Notre proximité corporelle me renvoie à une image de fusion, comme si nos deux corps étaient réunis pour n'en faire qu'un.

Penser au portage, et à des axes d'améliorations est pour moi un véritable effort aussi bien psychique que corporel. Je me pose une multitude de questions, auxquelles j'essaie de répondre en le mettant directement en œuvre corporellement. Agnès n'ayant pas la capacité de répondre verbalement à mes questions parfois trop complexes, je teste corporellement et m'ajuste ensuite aux réactions que je perçois chez elle. Je lui demande comment elle se sent, en la guidant par des propositions et questions fermées : « Vous êtes bien installée ? », « Vous êtes bien ? ». Elle y répond favorablement, me laissant entrevoir un léger sourire qui se dessine sur son visage.

Je me sens sereine face au portage que je propose à Agnès, contrairement aux premières tentatives lors des séances précédentes. J'ai l'agréable sensation que tout se met en place naturellement, sans efforts trop conséquents de ma part. Qu'est-ce qui fait que cela se soit mis en place de la sorte ? Serait-ce une forme d'habitation ? On pourrait aussi imaginer que cela soit en lien avec une confiance grandissante que nous nous accordons mutuellement.

Je m'autorise alors un temps de flottement, une mise de côté de mes multiples questionnements internes. Ce temps me paraît nécessaire, voire indispensable à ma disponibilité psychique, comme pour chasser un trop-plein de pensées qui me submergent. Je respire. S'alternent de grands mouvements d'ampliation et d'expiration de ma cage thoracique. Mon regard se porte sur le bord du bassin. Ces successions de mouvements respiratoires durent quelques secondes. Je sens, et j'entends alors Agnès souffler, puis inspirer. Elle me regarde, comme si elle attendait une forme de validation de ma part. Je la regarde et l'incite à poursuivre ce mouvement de respiration, avec un grand sourire. Je me questionne alors sur la mise en place de ce comportement : Serait-il une forme d'imitation ? Aurait-il pu prendre source grâce à notre proximité corporelle ? Ainsi, cette proximité aurait pu donner des informations sensorielles supplémentaires à Agnès pour comprendre mon mouvement, et le reproduire. À ce moment de la séance, j'ai l'impression d'avoir établi avec elle une forme d'accordage, une véritable communication infraverbale s'est mise en place.

Les comportements qualifiés précédemment d'hypervigilance s'atténuent. J'observe progressivement de petits mouvements apparaître au niveau des membres inférieurs : Agnès bouge ses jambes. Elle les agite, l'une après l'autre, comme lorsque l'on pourrait faire pour nager. Ses mouvements gagnent en amplitude, agitant l'eau à proximité. En effet, ses mouvements sont brusques, saccadés, et peu contrôlés. Je suis surprise de l'énergie dégagée par ce mouvement, venant contraster avec l'apparente impression d'immobilité des premières séances. Je m'étonne moi-même à accentuer les expressions de mon visage. Je peux alors imaginer que ces échanges de mimiques aient été un moyen de la soutenir de manière infraverbale dans cette situation inédite.

Durant cette séance, Agnès utilise le corps de l'autre, comme appui. Le corps d'autrui semble ici revêtir une fonction de support, gage de stabilité tant corporelle qu'affective. La stabilisation corporelle semble ici directement associée à un apaisement psychique chez Agnès. Son visage semble moins crispé, laissant entrevoir un léger sourire. Cette stabilisation est rendue possible par l'appui corporel fourni par le corps de l'autre, et son accordage tonique permanent.

Au début du mois de décembre 2022, l'accompagnement en balnéothérapie est interrompu pour cause de problème technique. Nous n'avons plus la possibilité de nous rendre dans le bassin. Nous décidons alors de proposer aux résidents des bains thérapeutiques. En effet, nous souhaitons maintenir une certaine continuité quant au travail psychocorporel engagé, avec un médiateur commun : l'eau. Les séances se déroulent alors au sein de la structure, dans les salles de bain communes de l'unité des résidents. Il s'agit d'accompagnements individuels, deux suivis ne pouvant pas être réalisés simultanément. Avec les moyens dont nous disposons, nous modifions ces espaces pour inscrire ce travail dans le cadre de la psychomotricité et le différencier d'un espace quotidien associé à l'hygiène, la toilette. Ainsi, nous utilisons de la musique, et nous diminuons l'intensité lumineuse pour créer une atmosphère propre à la séance de psychomotricité.

Ces séances en bain se poursuivent pendant environ 1 mois, avant la reprise de la balnéothérapie pour 2 séances, à la fin du mois de janvier 2023. Pendant ces séances, nous nous occupons avec Céline des transferts et des temps d'habillage et de déshabillage. Je

vais vous décrire une des premières séances avec Agnès. Je suis alors en position de coanimation avec la psychomotricienne.

La baignoire dispose d'un siège, sur lequel est assise Agnès. Dès le début, je constate le manque d'adaptabilité de la baignoire à son corps. Le temps que le niveau d'eau monte, nous tentons d'installer Agnès dans la baignoire. Nous l'incitons à poser son dos contre le dossier de la baignoire. La surface sur laquelle elle repose est lisse, rigide, glissante. Aucun élément ne semble exercer la fonction de support, d'appui comme l'exerçait mon corps dans le bassin de balnéothérapie. Agnès tient fermement les barres à disposition dans la baignoire : ses mains sont extrêmement toniques. Cette tension et sa répercussion s'observe dans tout son corps : ses bras, tout comme sa tête et expressions faciales sont figés, verrouillés. Agnès nous regarde avec de grands yeux, elle ne dit rien. Je retrouve la crispation corporelle présente au début de l'accompagnement en balnéothérapie. Sa tonicité et ses expressions faciales nous renseignent sur son apparent état d'inconfort. La rotation de son corps crée un déséquilibre de ses appuis sur la baignoire : un de ses ischions est davantage en appui, tandis que l'autre touche à peine le siège. La rotation de son corps est d'autant plus impressionnante qu'aucun objet ou milieu s'adapte à ses formes, comme l'eau pouvait exercer. Je m'imagine un instant à sa place : un sentiment d'inconfort m'envahit. Je me questionne alors sur ces rotations, et sur le vécu corporel y étant associé, surtout lorsque notre environnement n'est pas adapté. Comment peut-on investir un corps asymétrique ? Quelle vision Agnès a-t-elle de son axe corporel ? Comment imaginer son corps et ses limites, l'axe corporel étant décentré ?

L'eau arrive petit à petit sur tout son corps. À ce moment précis, je place mes espoirs internes sur les propriétés relaxantes de l'eau chaude. Nous tentons parallèlement avec la psychomotricienne de mettre en place des adaptations posturales afin de réduire ce visible inconfort. Nous plaçons successivement, des frites, des serviettes mouillées, des coussins immersibles dans les parties creuses du dos d'Agnès, sous son épaule... Nous plaçons également une serviette roulée sous une de ses cuisses, favorisant une rotation inverse de son bassin, sa hanche gauche alors en suspens vient se poser sur le siège de la baignoire. Inconsciemment, nous cherchons ici à rétablir une répartition du poids plus homogène dans chacun de ses hémicorps. Aurions-nous cherché d'une certaine manière à

venir recréer les appuis corporels qu'avait pris Agnès dans le bassin de balnéothérapie, faisant de ce fait appui sur une expérience corporelle mémorisée ?

3.3.2. *Un appui psychique sur autrui*

Lors de cet accompagnement en bain thérapeutique, et contrairement à l'accompagnement en balnéothérapie, je remarque que la parole intervient spontanément. Agnès nous interpelle par la parole : elle énonce de petits mots souvent en rapport avec le corps et ses vécus corporels. Ainsi, elle nous fait part de son vécu en termes de température : « froid », et y associe souvent des questions : « Pourquoi ? ». Cette parole intervient souvent beaucoup au début de la séance, quand l'installation est effectuée, et que seule la musique occupe cet espace sonore. Le but de ce temps est de pouvoir penser à son corps, et aux différentes sensations que nous vivons. Lors de ce temps, Agnès est alors encore très souvent cramponnée aux barres de chaque côté de la baignoire, alors que son corps est dans une grande tonicité. Nous répondons aux interrogations d'Agnès, et malgré nos réponses, elle réitère les mêmes questionnements. Est-ce la réponse ne lui convenait pas ? La réponse fait-elle sens pour elle ? Comprend-elle ce qu'on amène ? Je me suis aussi demandé si la parole n'était pas ici une forme d'agrippement à l'autre, lorsque le silence, le vide intervient. Ne serait-ce pas une forme d'échappatoire à la place laissée pour prendre conscience de nos ressentis corporels ; échappatoire dont elle n'aurait pas eu la nécessité dans le bassin de balnéothérapie ? Je me suis beaucoup questionnée sur la place de cette parole dans l'accompagnement avec Agnès. Elle me semble également permettre de verbaliser d'éventuels ressentis corporels, de pouvoir prêter nos mots pour expliquer un éprouvé.

Une des choses qui me marque tout de suite chez elle est la qualité de son regard. Dès notre première rencontre, je remarque ses yeux ronds, interrogateurs venant ponctuer ses brèves expressions verbales. Agnès peut nous regarder longtemps sans dégager le regard. Elle me donne l'impression d'être constamment en recherche de réponses à des interrogations qu'elle n'a pas verbalisées.

Dans le bain, Agnès nous accroche du regard. Lors des premières séances, je n'ose pas couper le regard avec elle. Je lui propose pendant ces premières séances un exercice avec une balle : je place une petite balle dans l'eau, au niveau de ses pieds. Je n'ai alors pas

spécialement d'idée précise en tête, ne sachant pas quelles sont ses possibilités de mouvements. Au contact de cette balle à ses pieds, Agnès plie une jambe, comme pour remonter la balle le long de son autre jambe tendue. Je décide alors de venir l'encourager par des exclamations : « Bien ! » « Super ! », « Bravo Agnès ». Je me rends compte avoir beaucoup exagéré mes expressions du visage. Agnès pendant tout cet exercice s'est beaucoup appuyée sur mon regard, ce que je retrouvais aussi lors des accompagnements en balnéothérapie. Je pourrais ainsi imaginer que ce regard puisse être pour Agnès une forme de prise d'appuis moteurs supplémentaires, ne pouvant pas directement prendre appui corporellement sur l'autre. Par ailleurs, ce regard lui semble également utile pour se conforter dans ses réalisations, attendre une certaine validation au mouvement qu'elle effectue. J'ai l'impression que ces exclamations, associées à notre regard soutenu ont porté Agnès dans la réalisation de cet exercice.

3.4. Objectif relâchement ?

Lorsque Céline me présente les objectifs de prise en charge en balnéothérapie avec Agnès, je suis interpellée par celui du relâchement corporel. C'est pourtant un des objectifs principaux. La notion de relâchement me renvoie à la fluidité corporelle, à une tonicité moindre, à un état de bien-être. Lors des premières séances, cet objectif me semble très loin. Pourra-t-on seulement l'atteindre avant la fin des séances ? Peut-être est-il question d'une décrispation, ou du moins d'un moment où les tensions diminuent, le corps comme le psychisme s'apaise, et permet d'éprouver d'autres expériences.

3.4.1. Vers une libération du mouvement

Comme énoncé précédemment, la prise d'appuis sur autrui, tant corporelle que psychique semble impacter directement la possibilité d'apaisement interne d'Agnès. Étant rassurée par ces appuis, sa tonicité serait moindre, laissant entrevoir l'apparition de certains mouvements.

La cinquième séance, intervenant après la coupure de décembre à janvier illustre bien ce processus. Nous reprenons alors les séances en balnéothérapie. Nous devons toutes les deux nous réhabituer au portage, retrouver nos repères nous permettant de vivre de nouvelles expériences. Ainsi, je sens rapidement qu'Agnès semble avoir du mal à prendre appui corporellement sur mon corps. Elle ne se laisse pas porter. Son corps tout entier est

marqué par une importante tonicité. Sa main droite agrippe la mienne. Je sens la nécessité de trouver un autre mode de soutien, afin qu'elle puisse pleinement se réassurer. Agnès regarde le plafond, avec un visage fermé. Je me décide à chercher son regard. Nous nous regardons intensément pendant de longues secondes. Nos deux corps sont très proches. Je ressens la nécessité de créer une enveloppe à deux. Je me déplace alors progressivement dans le bassin, en faisant varier la vitesse de mes déplacements. J'ai la sensation que nos deux corps ne forment qu'un. Agnès me sourit. Elle semble bien, apaisée. J'ai l'impression que tout ce qui est autour de nous s'efface, que nous sommes les deux seules dans le bassin. Cet instant privilégié de portage, fait émerger la phrase : « Je t'aime » chez Agnès, m'étant adressée. Je suis à la fois surprise et touchée par cette phrase, d'autant plus qu'elle survient dans un véritable moment de partage. Comment dois-je considérer cette exclamation ? J'en ai échangé Julie, l'autre psychomotricienne de la structure, accompagnant Agnès précédemment. Cette phrase est déjà survenue plusieurs fois au cours du suivi, accompagnée de petits mouvements de bisous mimés. Julie estime que ce serait une forme de traduction d'une expérience corporelle agréable et une manière pour Agnès d'exprimer sa confiance dans la relation. Lorsqu'elle annonce cette phrase, Julie lui répond généralement « merci Agnès, moi aussi je vous aime beaucoup. C'est bien si vous appréciez la séance ».

Je décide petit à petit d'élargir mon regard à son corps tout entier, ce qui me permet également d'apprécier la qualité de son relâchement corporel, et sans doute moi aussi de me relâcher. Ses appuis s'amenuisent : sa main lâche la mienne, son regard oscille rapidement entre le plafond et mon visage. Tout cela se fait en silence, je ne parle pas, et Agnès non plus. Je n'en éprouve alors pas le besoin.

De cette position naît un mouvement partagé : Agnès place sa main droite précédemment libérée contre la mienne. Nos deux paumes sont jointes, nos doigts se croisent. C'est alors ses mains qui guident le mouvement, nous faisant nous déplacer dans le bassin. Au début, c'est moi qui initie le mouvement, puis assez rapidement, je sens une force parvenir à moi, Agnès prend le relais. C'est alors elle qui nous guide toutes les deux, par de tous petits mouvements et modulations toniques, que je m'occupe d'amplifier en nous déplaçant dans tout le bassin. Pendant ce moment, Agnès est actrice, elle s'appuie sur cette relation partagée pour proposer un mouvement. La psychomotricienne verbalise tout haut ce que je pensais intérieurement : nous dansons.

Progressivement, ce mouvement effectué en duo laisse place à une ouverture au groupe. Face à nous, Sandrine, l'autre résidente présente à ce jour est portée par Céline. Nous sommes réparties deux à deux, formant des duos parmi le groupe. Sandrine initie un mouvement : elle vient toucher la main d'Agnès en le regardant. En réponse à ce mouvement, Agnès repousse la main de Sandrine. Progressivement, la répétition de ces deux mouvements crée une véritable chorégraphie : les deux binômes se collent, puis se décollent, se rapprochent et s'éloignent. Selon la force exercée par le repoussé, nous, professionnels nous adaptons à la distance que nous devons mettre entre les duos. Apparaissent rires et sourires, mais aussi des cris et grognements.

Je suis émerveillée par ce qui se met en place pendant cette séance. Le corps, au début si immobile et difficile à appréhender semble tout un coup s'éveiller. Des mouvements, des bruits, des sourires, des échanges : le mélange de tous ces éléments me donne un sentiment d'une reprise de vie. Le corps devient un lieu de prise d'initiatives, un moyen d'action sur son environnement, un lieu vivant.

3.4.2. Vers un travail de mémorisation corporelle ?

Depuis le début de l'accompagnement en balnéothérapie, je me questionne sur la trace laissée par ces expériences. Quelle représentation Agnès a-t-elle des expériences qu'elle vit ? Quels sont les éléments que nous lui avons apportés et dont elle pourra se saisir seule par la suite ?

Lors de la dernière séance de balnéothérapie, je propose à Agnès diverses expérimentations sensori-motrices. Je me déplace dans le bassin, au rythme des mouvements de ses jambes. Quand elle bouge rapidement les jambes, j'avance vite, et inversement : quand aucun mouvement n'est effectué, nous nous arrêtons. Pendant ce temps d'arrêt, j'incite Agnès à écouter les bruits des bulles et des remous de l'eau s'atténuer. Je l'amène verbalement à prendre conscience de ses sensations : de son cœur qui bat, des sensations sur ses jambes, de notre respiration... Agnès me regarde avec de grands yeux. Je ne parviens pas à savoir ce qu'elle comprend. Je lui pose des questions fermées pour tenter d'en savoir plus sur ses ressentis corporels, mais les réponses que j'obtiens sont souvent plaquées, et peu informatives. Cette alternance entre mouvement et immobilité semble ici venir marquer une différence dans la possibilité des ressentis, offrant la possibilité d'identifier une variation sensorielle. Par ailleurs, je me questionne quant aux ressentis et à leur perception dans une temporalité. Ressentir les effets du mouvement quand celui-ci est achevé, ne

serait-il pas une première forme de mémorisation corporelle, inscrivant le mouvement dans une temporalité ?

Nous poursuivons ce travail en bain thérapeutique, sous une autre forme. Agnès, lorsque je laisse un espace de prise de conscience de ses sensations corporelles, me demande souvent les bulles, qui sortent des parois de la baignoire. Je mets alors ce dispositif en place, en incitant Agnès à bouger en même temps que l'eau s'agite. Puis, je décide d'arrêter les bulles, tandis qu'elle stoppe son mouvement. Nous alternons ces différentes phases, identifiables par Agnès par le nom « le calme et la tempête », que je lui suggère précédemment. Je pourrais ici considérer la demande des bulles comme une échappatoire à ce travail de conscientisation de ses ressentis. Je me demande plutôt si cela ne serait pas de l'ordre d'une recherche de variation, d'identification des ressentis lui parvenant, ces derniers étant permis par le mouvement.

PARTIE THÉORIQUE

Partie Théorique

1. Le sujet polyhandicapé

1.1. Le polyhandicap : histoire, définitions et origine

1.1.1. Un peu d'histoire

Des premières civilisations jusqu'à aujourd'hui, le regard sur le handicap et plus largement sur le polyhandicap, sa considération et sa prise en charge ont considérablement évolué. Au XIXe siècle, les sujets présentant une déficience grave étaient désignés sous le nom « d'Oligophrènes » (Derouette, 2020, p. 31). Jusque dans les années 1950-1960, les enfants présentant des atteintes neuromotrices et mentales dues à une lésion cérébrale sont nommés « encéphalopathes » ou « arriérés profonds ». Ils ne reçoivent alors aucun accompagnement ou soin spécifique. (Derouette, 2020, p. 31)

Le mot « polyhandicap » est employé pour la première fois en 1968 par le docteur Zucman (cité par Derouette, 2020), lorsqu'elle l'utilise dans un article pour une revue. Cette appellation souligne ainsi la multiplicité des déficiences, mais également l'appartenance du sujet polyhandicapé au genre humain. Le Comité d'Études et de Soins pour les Arriérés Profonds (CESAP) est fondé peu après, ouvrant à des reconnaissances et prise en charges pluridisciplinaires. Peu à peu des institutions spécialisées voient le jour, par accueillir des enfants et adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. (Derouette, 2020)

Ainsi, la question de la représentation du polyhandicap dans notre société, tout comme du handicap de manière générale ne cesse d'évoluer. Cette évolution permet de mettre des mots sur cette forme de handicap et de le normaliser, pour considérer la personne polyhandicapée comme un individu à part entière. Le polyhandicap n'est pas une maladie. Il s'agit d'une atteinte, d'un concept plus large : c'est une association de déficiences sur plusieurs plans.

En 1984, le CTNERHI met en place une classifications des handicaps. Ainsi, est différenciée la notion de polyhandicap, du plurihandicap et du surhandicap (George-Jeanet, 2002, p. 1):

- Polyhandicap : « handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde »
- Plurihandicap : association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles »
- Surhandicap : « surcharge de troubles du comportement sur handicap grave préexistant »

En 1989, le polyhandicap est défini comme étant un « Handicap grave à expressions multiples associant déficience motrice et déficience intellectuelle sévère ou profonde entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation » dans le décret n°89-798 du 27 Octobre 1989 (George-Jeanet, 2002, p. 219). Ainsi, le polyhandicap est caractérisé par une intrication de deux atteintes conséquentes : une déficience motrice grave, impactant grandement le quotidien associée à une déficience intellectuelle sévère ou profonde. Par ailleurs, divers autres troubles y sont souvent associés, je les évoquerai plus tard.

La Haute Autorité de Santé (HAS) complète cette définition à partir du décret de mai 2017, en y ajoutant un critère supplémentaire aux deux déficiences citées précédemment. Selon la HAS (2020), il faudrait que le dysfonctionnement cérébral soit « précoce ou survenu au cours du développement », ayant pour conséquence les atteintes motrices et intellectuelles citées précédemment. En effet, les lésions cérébrales peuvent survenir à différents moments au début de la vie du bébé : pendant la grossesse, à la naissance, pendant son développement... Elles sont alors graves et irréversibles. Si la survenue de ces lésions survient plus tardivement, mais que le patient présente un tableau clinique proche du polyhandicap, le terme « situation de polyhandicap » est plus approprié. En effet, le niveau de structuration psychique ne sera pas parvenu au même point selon la précocité de la lésion. Ainsi, pour le sujet en situation de polyhandicap, la perte des acquis serait davantage source de dépression.

1.1.2. Étiologies et manifestations cliniques

Le polyhandicap survient à la suite d'une lésion cérébrale. Les atteintes ne seront pas les mêmes selon l'ampleur et la localisation de la lésion. En effet, le fonctionnement du cerveau relevant d'un processus complexe, il y aura autant de forme de polyhandicap que

de personnes polyhandicapées. Les lésions peuvent être multiples et les étiologies peuvent être classées selon leur date de survenue :

- Les causes prénatales concernent une anomalie cérébrale survenant pendant la grossesse, il peut alors s'agir de mutations génétiques, d'accidents vasculaires cérébraux. Cette cause est la plus fréquente selon Dana Rodriguez (citée par Derouette, 2020, p. 48)
- Les causes périnatales, soit des anomalies survenant pendant l'accouchement, telles qu'une anoxie, une hémorragie cérébrale...
- Les causes postnatales, anomalie survenant plus tard, à partir d'une maladie ou d'un accident : méningite, encéphalite, état de mal convulsif grave...(Derouette, 2020 p.48)

Par ailleurs, on compte environ 30% des cas de polyhandicap dans laquelle la cause reste totalement inconnue (APF, 2017). Dans les causes de polyhandicap peuvent être inclus les maladies génétiques, mais également des maladies rares, dont certaines sont dégénératives. Ainsi, Derouette (2020) regroupe les principales maladies rares pouvant être susceptibles de causer un polyhandicap : maladie de Little, syndrome de Lowe, syndrome de Prader-Wili, syndrome de West...

En conséquence de ces lésions, plus ou moins étendues et conséquentes, découlent de multiples troubles et déficits. Ainsi, le corps du sujet polyhandicapé est caractérisé par d'importantes atteintes, sur plusieurs plans.

Au niveau somatique, l'individu polyhandicapé présente d'importantes atteintes motrices et toniques neurologiques. Elles entraînent souvent diverses rétractions musculaires et déformations corporelles, et s'accompagnent fréquemment de douleurs. Ainsi, le corps du sujet polyhandicapé est souvent marqué par une difficulté de régulation du tonus musculaire, c'est-à-dire de l'état de tension du muscle, activité permanente et inconsciente. Cette dysrégulation tonique se manifeste par différents symptômes de rigidité, d'hypertonie, d'hypotonie et/ou de spasticité. Les atteintes motrices peuvent se manifester sous différentes formes : quadriplégie (atteinte des quatre membres), paraplégie (atteinte de deux membres inférieurs), mais aussi hémiplégie/parésie (atteinte d'un hémicorps). Par ailleurs, les troubles sensoriels font souvent partie intégrante de la clinique du polyhandicap. Ainsi, le sujet polyhandicapé peut présenter une atteinte d'un ou de

plusieurs organes des sens, auquel peut d'ajouter une atteinte de l'intégration de l'information (absence, hypo ou hypersensibilité). De plus, on peut observer une multitude de troubles organiques s'ajoutant aux troubles préexistants, tels que l'épilepsie, les troubles digestifs, respiratoires, troubles de l'élimination et de la nutrition... D'autres troubles, à expression diverses et variées, peuvent être visibles chez le sujet polyhandicapé : troubles du langage, de la perception, troubles du sommeil, troubles du comportement, de la cognition et de la relation. La longueur de cette liste, d'ailleurs non-exhaustive, témoigne de la diversité et de la complexité des atteintes du sujet polyhandicapé (Derouette, 2020). Ces atteintes somatiques donnent souvent lieu à la mise en place de traitements médicamenteux conséquents.

La définition du polyhandicap citée auparavant suggère l'association de deux types d'atteintes : la déficience motrice (et plus largement somatique) décrite au-dessus, et la déficience intellectuelle. Ainsi, la déficience intellectuelle est considérée comme « un trouble débutant pendant la période du développement, fait de déficits tant intellectuels qu'adaptatifs dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques », selon le Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-V) (Ruiz Cifuentes, 2022, p.198). Les degrés de déficiences sont classés en fonction du Quotient Intellectuel (QI), dont la moyenne est de 100. On parle de déficience intellectuelle lorsqu'un QI est inférieur à 70 (Ruiz Cifuentes, 2022). Plus le QI est bas, plus les difficultés de la personne sont nombreuses, notamment au niveau des capacités d'autonomie, et d'adaptation. Dans le cadre du polyhandicap, cette déficience est caractérisée comme sévère (QI entre 20 et 35) ou profonde (QI inférieur à 20), ce qui sous-entend un retard massif dans toutes les acquisitions. Cette déficience peut par ailleurs s'associer à une structuration psychique pathologique.

L'ensemble de ces troubles est à considérer au sein d'une globalité de l'être. Il ne s'agit en effet pas de troubles superposés les uns aux autres, mais d'une personne unique, d'un sujet s'étant construit et développé avec ses troubles. Ainsi, selon ses incapacités, mais aussi ses capacités, chaque sujet polyhandicapé se développe à sa manière au niveau psychomoteur. « Pour au moins toutes ces raisons, les praticiens que nous sommes ont tout intérêt à ne pas simplement entendre « le polyhandicap » comme « plusieurs handicaps » mais bien en tant qu' « organisation psychomotrice spécifique » (Munoz, 2013)

1.2. Le corps du sujet polyhandicapé

1.2.1. Un corps fragile et médicalisé

Le corps du sujet polyhandicapé est marqué par de nombreux troubles et atteintes, touchant diverses fonctions corporelles, et intellectuelles. Depuis son enfance, l'adulte polyhandicapé a dû faire face à de multiples examens et prises en charge variées, touchant les différentes fonctions corporelles. Dans un contexte d'extrême dépendance, chaque personne l'accompagnant se doit d'assurer ses besoins fondamentaux, que nous définit Henderson (cité par Pfister, 2002) : respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une posture, se reposer, dormir et apprendre. Pour le sujet polyhandicapé, la présence d'un tiers est indispensable pour la satisfaction de ses besoins. En effet, les difficultés motrices et éventuelles déformations corporelles nécessitent des aides à l'installation et au positionnement. Par ailleurs, certaines atteintes entraînent des risques vitaux, nécessitant un suivi médical au quotidien ; une surveillance particulière est accordée aux fonctions respiratoires, digestives, aux fonctions d'éliminations, mais aussi d'équilibre nutritionnel. Ainsi, Pfister (2002) évoque le fait que ces difficultés chez la personne polyhandicapée sont « une lutte de tous les instants qui empiète singulièrement sur les loisirs », ce qui montre l'importance de ces préoccupations dans le quotidien (Pfister, 2002, p. 5).

La personne polyhandicapée doit être régulièrement suivie sur le plan médical. Dans un but de maintien du sujet dans « un état de bien-être physique autorisant l'accueil des stimulations proposées par l'environnement » (Svendsen, 2021, p. 979), les équipes sont au plus près des besoins de chaque individu. La prise en charge médicale nécessite alors un véritable « accompagnement soignant », les soins devant être inclus dans le quotidien, en lien avec le projet de vie du sujet. Les équipes, comme la famille accompagnant la personne dans son quotidien sont sensibilisées à ses troubles et aux divers risques que cela peut engendrer : « seule une observation de familiers de cet adulte permet une évaluation réelle de la situation » (Svendsen, 2021, p. 985). En effet, il est difficile d'évaluer un éventuel inconfort ou douleur, les symptômes étant souvent liés entre eux : « les signes cliniques sont souvent brouillés. L'intrication de signes neurologiques et psychiatriques engendre des ambiguïtés sémiologiques » (Svendsen, 2021, p.983). Ainsi, malgré une surveillance accrue, le sujet polyhandicapé est exposé à un grand nombre de

risques et de complications, pouvant rapidement évoluer vers une urgence, un état de détresse vital.

Avec l'avancée des progrès médicaux, de plus en plus de sujets polyhandicapés atteignent l'âge adulte. Il est alors nécessaire de poursuivre les soins liés à son polyhandicap, étant déjà prodigués lorsqu'il était enfant. Néanmoins, de nouvelles problématiques de santé émergent avec l'avancée en âge (Svendsen, 2021), et sont également à prendre en compte dans le processus d'accompagnement au quotidien.

1.2.2. Un vécu corporel particulier

Comme le suggèrent Ponsot & Boutin (2021), le polyhandicap résulte de l'intrication de trois facteurs : deux sont propres à l'individu polyhandicapé (organique et subjectif) et le dernier représente les facteurs environnementaux, pouvant aggraver ou limiter les troubles et atteintes. Depuis sa naissance, l'adulte polyhandicapé s'est construit avec un corps présentant des limitations tant sur le plan sensori-moteur et organique que psychique (nommé facteur organique). Nous pouvons nous interroger sur ce deuxième facteur, relatif au ressenti de la personne face à ses limitations et incapacités. Plus globalement, nous pouvons également nous questionner sur son rapport à son propre corps, depuis sa naissance, en relation avec toutes les expériences qu'elle a vécu.

Comme l'explique George-Jeanet (2021, p. 109), « le premier environnement de la personne polyhandicapée est son propre corps ». Contrairement à l'adulte bien portant, où le corps est souvent appréhendé comme un outil permettant d'agir sur son environnement, « un objet esthétique, que l'on souhaite attirant ou respectable » (p.109), le sujet polyhandicapé est très rapidement confronté à son corps comme limitant, source de malaise et de divers inconforts. Ainsi, comme l'évoque George-Jeanet (2021), les différentes sensations, auxquelles la personne polyhandicapée est sujette marquent sa mémoire corporelle. Elle qualifie d'ailleurs leurs sensations de « brutes » en évoquant les sensations relatives aux douleurs, malaises viscéraux, et éventuelles ruptures dans la continuité d'existence, parfois associés à de multiples épisodes d'épilepsie (George-Jeanet, 2021).

Par ailleurs, la question de la douleur reste spécifiquement au cœur de cette clinique, et demeure présente au quotidien dans une grande majorité des cas. Liée aux diverses pathologies sur le plan somatique, la personne polyhandicapée est très souvent confrontée à des épisodes douloureux, aigus ou chroniques, et ce depuis sa naissance

(Grimont-Rolland, 2021). Par ailleurs, dans le cadre de cette clinique où la verbalisation fait souvent défaut, il peut être difficile d'identifier et de nommer distinctement cette douleur : « Comment envoyer à l'autre le signal que l'on souffre si ce n'est par des manifestations d'ordre neurovégétatif ? » (Pfister, 2002, p. 101). Avant cette volonté de communiquer son mal-être au monde extérieur, il faut déjà que l'individu polyhandicapé ait eu la possibilité d'identifier cet inconfort chez lui. La douleur entraîne diverses répercussions sur le plan psychomoteur, et affecte significativement le sujet dans son fonctionnement.

Le sujet polyhandicapé, avec les difficultés inhérentes à sa pathologie et son vécu émotionnel, habite singulièrement son corps, en faisant avec ses entraves, la pénibilité et ses douleurs. George-Jeanet (2021), souligne ainsi l'importance de l'accompagnement par lequel le sujet polyhandicapé doit être soutenu au quotidien, pour tenter de lui apporter une « cohérence dans sa représentation du corps, [...] dans sa continuité de vie » (George-Jeanet, 2021, p.111)

1.2.3. Les particularités corporelles : entraves au développement sensori-moteur et tonico-postural

L'adulte polyhandicapé, pour se construire est passé par un corps d'enfant polyhandicapé. Du fait des multiples déficiences sensorielles, motrices et cognitives ainsi que des multiples troubles associés, le développement psychomoteur de l'enfant se trouve entravé. L'enfant polyhandicapé se trouve alors empêché, ralenti par de multiples difficultés rendant complexes les processus d'exploration, de jeu et d'apprentissages.

Du fait de ses différentes atteintes sur le plan neuromoteur, les explorations sur le plan sensori-moteur se trouvent généralement largement entravés. « Tous les troubles des enfants polyhandicapés concourent, par leur conjonction, à la quasi-impossibilité d'explorer, d'expérimenter, de jouer, de faire l'expérience de la nouveauté » (Saulus cité par APF, 2017, p. 73). Les atteintes cérébrales entraînent, comme évoqué précédemment, des difficultés de mobilité, mais impactent également sa régulation tonique ainsi que la qualité de ses réflexes posturaux. Les capacités d'exploration sensori-motrices de l'enfant sont de ce fait assez pauvres : beaucoup de schèmes moteurs comme le rassemblement des mains, l'enroulement, les retournements, ou les déplacements font souvent défaut. Il sera alors difficile pour l'enfant de pouvoir découvrir et s'approprier son propre corps, mais également d'agir sur son environnement. Par ailleurs, si les différents sens (odorat, vue,

ouïe, toucher...) ne sont pas toujours atteints, l'intégration des informations sensorielles peut être plus laborieuse. Ainsi, le travail d'intersensorialité, soit la mise en relation entre les modalités sensorielles entre elles et en lien avec la motricité ne se fait pas toujours.

Dans ce cadre limitant, la motricité volontaire du sujet polyhandicapé se développe selon ses capacités, mais la portée du geste et son instrumentalisation peine à advenir. Les explorations du sujet polyhandicapé sont souvent très coûteuses en énergie physique comme psychique, ce qui nécessite souvent la présence d'un tiers, l'accompagnant dans ces mobilisations.

1.3. Les enjeux psychiques liées à la question du polyhandicap

1.3.1. La déficience intellectuelle : Une nouvelle entrave au fonctionnement psychomoteur du sujet ?

Comme évoqué précédemment, le sujet polyhandicapé est atteint d'un déficit intellectuel, dont le niveau est variable. La déficience intellectuelle perturbe le fonctionnement du sujet tant sur le plan cognitif, psychoaffectif, attentionnel, mnésique que langagier (Ruiz Cifuentes, 2022). Tout comme la déficience motrice perturbe les explorations sensori-motrices, la déficience intellectuelle touche des fonctions cognitives, indispensables dans le quotidien : qualité de compréhension, de communication, de concentration, repérage temporo-spatial... Ces multiples atteintes ont un impact direct sur la capacité de raisonnement du sujet polyhandicapé, complexifiant son rapport au monde.

Imaginons que des expériences sensori-motrices aient pu être réalisées, elles pourront néanmoins rencontrer une nouvelle entrave pour être intégrées, en raison des atteintes cérébrales entraînant une déficience intellectuelle. Ces diverses expériences sensori-motrices sont généralement source de nouveaux apprentissages et découvertes pour le bébé, tant sur un plan corporel que psychique. L'expérience est répétée, et peu à peu, le bébé apprend à se représenter l'expérience. Dans le cadre du handicap intellectuel, l'expérience devra être rejouée et répétée de nombreuses fois, et de manière simplifiée avant une possible intégration, comme l'annonce Ruiz Cifuentes (2022). Les capacités de symbolisation de l'enfant polyhandicapé sont en effet limitées. Pour accéder au processus de symbolisation, lui permettant d'élaborer des représentations, l'enfant doit expérimenter, jouer. Or, pour « les enfants en situation de polyhandicap sévère, de par la pauvreté de

leurs expériences, peuvent difficilement accéder à la symbolisation » (Rofidal & Pagano, 2018, p.53).

Le déficit des fonctions intellectuelles du sujet polyhandicapé impacte sa manière d’appréhender son corps, comme les différents espaces inhérents au monde qui l’entoure. Les aspects psychoaffectifs et relationnels en seront eux aussi impactés : comme le dit Ruiz Cifuentes (2022), la gestion des émotions, tout comme la frustration et la recherche de cadre et de limites sont des éléments à prendre en compte pour tenter de donner une cohérence aux vécus et ressentis de la personne polyhandicapée.

1.3.2. *Le relationnel et l’affectif : ce qui se joue chez le sujet polyhandicapé et son entourage*

Lorsque l’enfant arrive au monde, le handicap heurte et marque l’ensemble de son environnement familial et social. L’annonce du handicap, et plus particulièrement du polyhandicap est pour les familles un moment traumatisant. La révélation du diagnostic chez les parents provoque ce que Korff-Sausse (1996) nomme « l’état de sidération » : « les parents sont sous le coup d’un traumatisme [...], à savoir un choc totalement inattendu, d’une intensité telle qu’il fait effraction dans le psychisme, dont il désorganise le fonctionnement » (Korff-Sausse, 1996, p.36). Ainsi, face à cette annonce, le constat parfois effrayant du handicap, Korff-Sausse émet l’hypothèse qu’un « double deuil » serait à faire chez le parent. Ce dernier à la naissance de son enfant doit faire le deuil du bébé rêvé, de la représentation imaginaire de son enfant ; mais dans ce contexte, il doit également effectuer un travail de deuil de la normalité de son bébé (Korff-Sausse, 1996). S’attendant à une différence entre l’enfant réel et imaginé, le parent se retrouve dans le cadre du polyhandicap face à un véritable gouffre entre ses représentations et la réalité.

Dès sa naissance, le bébé est soutenu dans son développement par son entourage, à travers les premières relations précoces. Suite à l’annonce du handicap, l’effet de choc se répercute quasi-inévitablement sur la mise en place de ces premières relations. Ainsi, la qualité et l’engagement du parent dans les gestes, le portage et l’accordage au quotidien en sera donc affecté : « le caractère étrange du polyhandicap casse le fil des identifications nécessaires. [...] Sidérés, ceux-ci ne parviennent plus à assumer leur fonction parentale. » (Korff-Sausse, 1996, p.46). Cet état de choc, peut se prolonger très longtemps chez le parent et ne pas forcément se résoudre. C’est ainsi que Korff-Sausse parle de travail de « deuil impossible ». Le parent peine à percevoir chez son enfant des traits et caractères

familiers : « L'enfant handicapé renvoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître [...] à reconnaître l'enfant attendu » (Korff-Sausse, 1996, p.43). Le bébé va chercher, au cours de son développement, à s'identifier à ses parents, à ne faire qu'un avec eux pour ensuite se différencier, comme le dit Potel (2019). Néanmoins, du fait des difficultés du parent à se reconnaître dans leur enfant, ces processus seront entravés. La grande proximité temporaire avec la mère, tout comme les fonctions de mimétisme et d'imitation se mettra de ce fait en place difficilement.

La « symbiose primaire », dans laquelle la mère et l'enfant forment une unité non différenciée lors des premières semaines de vie se met souvent difficilement en place, face à cette trop grande étrangeté. Les parents s'attachent parfois à entrer en contact avec leur enfant à travers une autre forme de symbiose, quant à elle qualifiée de « pathologique » selon l'auteure : la symbiose secondaire (Korff-Sausse, 1996). Le parent et l'enfant polyhandicapé se trouvent alors dans une forme de relation indissociable, où le parent voue une dévotion à son enfant, dont il ne parviendra jamais véritablement à se détacher. Dans le meilleur des cas, le parent parvient progressivement à trouver la force de s'engager dans un contact ajusté avec son enfant, de le rencontrer en tant que sujet.

1.3.3. Le soignant et ses représentations

Les professionnels qui interviennent au quotidien auprès du sujet polyhandicapé sont eux aussi touchés par ce que le polyhandicap vient mobiliser psychiquement chez eux. Ainsi, la rencontre avec le sujet polyhandicapé peut marquer, choquer, sidérer, faire violence. Munoz (2003), nous livre son ressenti suite à sa première rencontre avec des sujets polyhandicapés. Nous pouvons y relever des vécus d'envahissement, d'effroi, voire d'effraction psychique : « je me suis senti envahi dans mon propre corps, envahi dans tous mes sens » (Munoz, 2003). Il évoque ainsi son état de sidération émergeant de cette rencontre, face à des corps étranges, déformés, anormaux. Ces corps sont tellement différents, qu'ils sont difficilement représentables, s'éloignant trop de nos représentations de l'humain typique. C'est ainsi qu'il introduit le concept de « figure du monstre », selon lequel nos représentations du sujet polyhandicapé viendraient attaquer nos représentations initiales de l'humain, les situant alors du côté du « non-humain ». De cette manière, nous éprouvons de véritables difficultés à partager la même humanité, mais aussi à penser notre

propre monstruosité : « Ce n'est pas tant la question de la différence qui se pose entre les polyhandicapés et ceux qui les accompagnent à vivre, c'est la question de la ressemblance qui peut mettre à mal la rencontre » (Munoz, 2003, p.67).

Passée cette première rencontre et le temps nécessaire à son incorporation, le professionnel agit quotidiennement auprès du sujet polyhandicapé. Chaque professionnel, de par sa spécificité, occupe de multiples rôles lui étant attribués, afin d'accompagner au mieux la personne polyhandicapée dans son quotidien. Dans cette clinique si particulière, il apparaît alors nécessaire de penser l'agir, de penser le soin. En effet, dans le cadre du polyhandicap, la prise en charge de l'individu est souvent longue et éprouvante, les capacités d'évolutions restant limitées. Malgré le fait que l'aspect médical soit souvent placé au premier plan, il est essentiel de considérer le sujet polyhandicapé comme un être à part entière, qui existe et qui a une véritable place définie :

Ainsi, nous souhaitons tendre vers une reconsidération psychopathologique du polyhandicap où la prégnance de l'organisme dans sa dimension somatique, biologique, neuro-fonctionnelle, ne viendrait pas rendre aveugle ou inerte son aspect dynamique en tant que corps éprouvé, habité de ses expériences et en relation avec son environnement, et jusque dans sa dimension psychique : un corps investi en perpétuel remaniement et qui cherche constamment à se représenter. (Munoz, 2018, p.164)

2. Habiter son corps

2.1. Définition

Les psychomotriciens, tout comme nous, étudiants évoquons souvent de nombreux termes relatifs au corps et à son appropriation. Nous utilisons de nombreux termes différents, sans véritablement en avoir une définition bien précise. Ainsi, pour décrire les éprouvés des patients que nous rencontrons, mais aussi nos propres expériences de pratiques corporelles lors des TD, nous évoquons souvent l'ensemble de ces termes : Prendre corps, corporéité, corporalité mais aussi processus de prise de conscience corporelle, corps sujet en passant par le terme habiter son corps. Beaucoup de termes définissent l'appropriation corporelle et plus largement l'habitation corporelle, mais ne sont pas tout à fait similaires, présentant chacun leur spécificité.

Le terme « habiter son corps », m'a toujours beaucoup parlé. C'est un terme imagé derrière lequel je place beaucoup de significations. Il m'apparaît utile d'en préciser la définition. Mais alors, qu'est-ce qu'habiter son corps ? Comment ce processus se met-il en place ? Dans quel but ? Beaucoup d'auteurs citent le terme « habiter son corps », sans véritablement le définir ensuite. Ils l'associent directement à d'autres concepts que j'ai évoqués plus haut.

Comme le dit Brun, (2006): « la notion d'habitabilité du corps n'est pas courante et elle ne s'accorde pas avec les différentes théories sur la constitution de son image. » Au regard des différentes théories évoquées, je tenterai de définir ce terme en m'appuyant sur les écrits de différents auteurs.

2.1.1. Habiter

Prenons en premier lieu le terme « habiter ». Cette notion peut être définie sous plusieurs aspects ce qui nous renseigne sur les différents sens qu'elle englobe. Premièrement, le verbe habiter peut être défini comme le fait d'« occuper un lieu » mais aussi d' « avoir sa demeure dans un lieu » (CNRTL, 2023). Ces propositions sous-entendent un espace, une zone, que l'on puisse habiter. Par ailleurs, à cela s'associe le fait que nous nous approprions ce lieu, pour en faire une demeure, soit quelque chose de familier. D'autre part, le terme « habiter » d'un point de vue littéraire désigne la capacité à « être présent chez quelqu'un, quelque part, comme dans une demeure. » (Larousse, 2023a). Ainsi, il s'agit également de la capacité de présence à un objet, quelle que soit sa nature. Dans les deux cas, il s'agit d'un verbe d'action, cela sous-entend donc un acte, nécessitant une certaine forme d'investissement, un engagement de la part de la personne concernée.

2.1.2. Habiter son corps

Comme évoqué précédemment, le terme « habiter son corps » est cité dans de nombreux ouvrages sans réellement être défini. On compte néanmoins quelques auteurs qui théorisent ce concept et l'expliquent. Je m'attache ici à développer ces éléments.

Bullinger évoque ce concept d'habitation corporelle, ou plutôt d'habitation de l'organisme dans un de ses ouvrages, qu'il met directement en lien avec celui de l'équilibre sensori-tonique. Ses travaux prennent appui sur le bébé, mais de nombreux sont

transposables et généralisables à une grande partie de la population, adultes compris : c'est le cas pour l'habitation corporelle. Selon lui, dans la période dite sensori-motrice, définie entre la naissance et les 18 premiers mois, « le bébé apprend à habiter son corps ». Bullinger, dans ce chapitre tente d'analyser la manière dont nous nous approprions notre organisme, dont nous l'habitons pour en faire un corps. Il m'apparaît nécessaire de préciser ces termes : en effet, cet auteur distingue clairement l'organisme, désignant le corps physique du bébé, qui n'en a pas encore la représentation, du corps comme représentation de l'organisme. Le passage de l'un à l'autre résulte d'un mécanisme complexe d'instrumentation, soit « la manière dont le bébé parvient à faire de ses systèmes sensori-moteurs des outils qui lui permettent de comprendre et d'agir sur son milieu (Bullinger 1989)» (Bullinger, 2010, p.49). Progressivement, la sensori-motricité va être un moyen pour que l'enfant puisse comprendre son environnement et pouvoir agir dessus.

Voici la définition que Bullinger donne à habiter son corps : « Habiter son corps suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme. Savoir cela c'est, à travers les sensations, délimiter une zone habitable » (Bullinger, 2010, p.152). Sous le terme de sensations, Bullinger nous évoque deux éléments permettant de constituer sa fonction proprioceptive :

- Il cite premièrement de nombreux flux sensoriels arrivant aux frontières de l'organisme, qu'il décrit comme tels : « apport continu et orienté d'un agent susceptible d'être détecté par un système sensoriel ». Ces flux existent sous différentes natures : gravitaire, tactile, olfactif, sonore, ou encore visuel, ce qui impacte différemment notre organisme.
- Par ailleurs, il y ajoute la sensibilité profonde, formée de la modification des signaux reçus par la surface due aux variations de l'orientation des mouvements des capteurs sensoriels.

Tous ces flux, à leur arrivée à notre organisme, stimulent les capteurs sensoriels dont le corps est pourvu. Cela se manifeste corporellement par un enchaînement de différentes réactions observables chez le bébé : premièrement, une « réaction d'alerte » (Bullinger, 2010, p.154), qui se manifeste par un recrutement tonique, généralisé sur l'ensemble du corps du bébé. Si cette réponse tonique est trop élevée, elle peut figer le corps du bébé. Sinon, une « réponse d'orientation » se met en place, « s'appuyant sur le recrutement tonique, mobilise les ressources posturales et permet une orientation de l'organisme relativement à la source de stimulation » (Bullinger, 2010, p.28). L'organisme

doit organiser la réception des différents flux sensoriels et les traiter. Il présente deux systèmes : le « système archaïque » traitant des aspects qualitatifs et le « système récent » ayant pour rôle de s'occuper de l'aspect quantitatif des flux.

Pour se développer et pleinement habiter son corps, le bébé devra tendre vers un équilibre sensori-tonique. Cet équilibre peut être défini comme une surface sous-tendue trois facteurs principaux : le milieu physique, le milieu humain et le milieu biologique (Cf. Annexe 3). L'individu doit se situer sur cette plateforme, pour développer ses fonctions instrumentales, soit « la progressive constitution d'une subjectivité, la façon dont un individu s'approprie son organisme et les objets de son milieu, qu'ils soient physiques ou sociaux » (Delion, 2007). C'est à partir de cette surface que découlent les interactions entre le bébé et le milieu qui l'entoure. C'est un endroit « où l'on se sent exister de manière stable et où l'on dispose de quelques moyens pour regarder et agir sur le monde » (Bullinger, 2010, p.158). Habiter son corps, ou la recherche de l'équilibre sensori-tonique intervient donc dans la construction de soi, en tant qu'individu, en passant par une appropriation de son corps et de son milieu.

Pour habiter son corps, Bullinger évoque la nécessité d'une gestion des sensations parvenant à l'organisme, ce qui fait écho à la manière dont Wallon a défini l'équilibre sensori-tonique : un état interne de l'organisme qui permet, sans désorganisation, de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu. Pour cet auteur, « c'est à travers les sensations, délimiter une zone habitable » (Bullinger, 2010, p. 152), un espace intégré et délimité, propice pour pleinement pouvoir agir et interagir avec le monde.

Pour parvenir à cet équilibre, le bébé doit savoir traiter et organiser toutes les stimulations qui lui parviennent, sans être trop désorganisé toniquement. De nombreuses autres conditions sont nécessaires pour parvenir à cette surface d'équilibre, que je détaillerai dans la partie suivante.

Par ailleurs, Danièle Brun, psychologue et psychanalyste française, fait également référence au sensoriel comme point de départ de l'habitation corporelle. Pour elle, habiter son corps est : « un acte psychique appuyé sur du sensoriel, qui participe de la construction identitaire » (Brun, 2006). Ainsi, Danièle Brun décrit le processus d'habitation corporelle comme émanant directement du sensoriel. Lorsque son entourage propose diverses stimulations sensorielles, ces dernières sont teintées de l'intentionnalité et des désirs de ses

proches. Ces intentions aussi bien inconscientes que conscientes, portées par le parent à travers son regard participent à la « construction identitaire du petit d'homme » (Brun, 2006). Elle reprend ici les travaux de Lacan concernant le stade du miroir dans lesquels il met en évidence l'importance de cet échange visuel pour la formation d'un Je unifié.

Elle y ajoute de plus une autre notion, venant compléter sa définition. Habiter son corps suggère également pour elle : « en dépit des modifications et des changements qu'il connaît tout au long de la vie, parvenir à garder à un espace où pouvoir dire « moi je » ». (Brun, 2006). Habiter son corps peut ici être entendu comme un processus actif, un engagement autant psychique que corporel pour parvenir à garder une stabilité, une continuité corporelle malgré les épreuves de la vie.

Ainsi, au regard de ces deux auteurs, l'habitation corporelle serait une forme d'appropriation corporelle, appréhendée sous un prisme sensoriel principalement. Habiter son corps c'est réussir à sentir les signaux corporels qui nous arrivent, les maîtriser et les traiter, pour à terme pouvoir dire « Moi-Je ». Ce processus nécessite un ensemble de modifications corporelles permettant à terme de participer au processus d'appropriation subjective, d'être soi.

2.1.3. Du sensoriel au sensori-moteur

Pour habiter son corps, le bébé doit premièrement sentir. Mais comment fait-on pour sentir ? Je suis assise sur ma chaise, mes pieds sont posés au sol. Je me questionne : quels sont les processus par lesquels je passe pour sentir mes pieds ? C'est alors que j'effectue une pression sur ces derniers, un mouvement pour que la sensation me parvienne. Ainsi, pour sentir, il faudrait se mouvoir, prodiguer une modification de ses segments corporels dans l'espace. En effet, l'activation de certains récepteurs et systèmes sensoriels, est assurée en partie par la motricité : « pendant la vie intra-utérine, l'activation des récepteurs proprioceptifs est assurée par l'exercice de la motricité fœtale, les déplacements maternels, des pressions sur le ventre maternel, et les contractions utérines » (Martinet-Sutter, 2022, p.45). Le sensoriel est intimement liée à la question de la motricité, ne serait-ce que par ce qui nous maintient en vie. Notre corps est en mouvement constant : battements du cœur, respiration... C'est en partie grâce à cela que nous pouvons sentir.

En ce qui concerne la question de l'appropriation corporelle, il serait intéressant d'élargir notre angle de perception principalement sensoriel comme l'évoquent les auteurs

présentés précédemment, à la motricité. Potel (2019) élargit justement le processus d'appropriation corporelle au sensori-moteur, relatif aux premières expérimentations corporelles de l'enfant. Elle insiste sur la nécessité de l'intégration des diverses expériences vécues pour se construire en tant qu'individu : « Les expériences sensori-motrices permettent à l'enfant tout petit de se sentir et de se construire, encore faut-il qu'il puisse s'approprier ces expériences vécues » (Potel, 2019, p.81) . Pour « se construire », édifier un soi en tant qu'individu différencié, mais aussi « se sentir » (conscience corporelle), l'enfant doit pouvoir s'approprier ses propres expériences sensori-motrices.

En m'appuyant sur tous ces auteurs, je me risquerai à proposer une définition de l'habitation corporelle comme un processus actif d'appropriation corporelle. Elle se construit sur l'articulation des sensations auxquelles nous sommes confrontées, dans l'expérience motrice. Ces sensations et leur traitement déterminent une « zone habitable », un espace à soi que le sujet investit pour progressivement édifier un soi, une intériorité différenciée. Ce processus s'établit dans le lien à l'autre, prend appui sur les interactions avec l'environnement qui nous entoure. Ce mécanisme nécessite une qualité de présence particulière, un état psychique de disponibilité, une conscience à ses ressentis pour pouvoir ensuite agir sur le monde. Cette définition m'amène à me questionner sur la manière de tendre à cette habitation corporelle. Comment fait-on pour habiter son corps ? Pour se l'approprier ? Pour tendre vers ce que Bullinger nomme équilibre sensori-tonique ?

2.2. Quels sont les processus nécessaires pour habiter son corps ?

Comme énoncé précédemment, l'habitation corporelle est un véritable processus, un engagement sur le long terme. C'est un mécanisme auquel tout être humain est confronté : chacun tente, tous les jours d'habiter son corps de la manière la plus confortable, optimale possible. Catherine Potel évoque d'ailleurs la complexité de ce processus : le « sentiment d'avoir un corps à soi, un corps qui appartient à celui qui habite [...] est loin d'être un sentiment inné » (Potel, 2019, p.81). Elle annonce que cela fait intervenir un processus d'appropriation au long cours, ainsi que de multiples mécanismes psychiques (différenciation, séparation...) résultant eux-mêmes d'un « travail de transformation des éprouvés, des sensations des perceptions » (Potel, 2019, p.81).

Reprenons les propos de Bullinger (2010). Selon lui, habiter son organisme revient à acquérir un équilibre sensori-tonique, à parvenir à cette surface dont la construction est

sous-tendue par trois facteurs : le milieu biologique, le milieu humain, et les propriétés physiques du milieu.

2.2.1. Un milieu biologique favorisant l'expérimentation et son appropriation

Il faudrait selon (Bullinger, 2010, p.155) une « intégrité des systèmes sensori-moteurs » pour accéder aux flux sensoriels et donc permettre à terme de parvenir à un équilibre sensori-tonique. Ainsi, un bagage neuro-physiologique efficace serait primordial pour recevoir et traiter l'information. C'est ainsi qu'il décrit la nécessité d'être pourvu de systèmes sensoriels, moteurs et cognitifs efficaces afin de pouvoir atteindre cette plateforme d'équilibre. Nous pouvons mettre ces propos en lien avec ce qu'Ajuriaguerra (cité par Joly, 2011) nous décrit. Il présente le « substrat génético- bio- physiologique » d'une fonction psychomotrice, qu'il nomme « la base équipementale ». Cette « base équipementale » apparaît comme une fondation corporelle, préalable à tout travail d'émergence et d'investissement d'une fonction psychomotrice. J. Bergès (cité par Joly, 2011, p. 225) ouvre ce concept en incluant le fait que cet « équipement neurobiologique de base, » puisse être « abîmé, défaillant, handicapé, entravé ». Ainsi, cet équipement, quelle que soit sa qualité, sera le support de l'organisation et de la structuration psychomotrice, étant plus ou moins harmonieuses.

Imaginons que le bébé possède une « base équipementale » satisfaisante, à partir de laquelle il commence à faire diverses expériences sensori-motrices dans ses premiers mois de vie. Il a alors pu apprendre à appréhender les différents flux sensoriels, en modulant ses réactions tonico-posturales à la réception d'un flux (phase d'alerte et d'orientation). Selon Bullinger (2010), l'enfant va progressivement tenter d'en extraire des invariants à partir des régularités observées. La répétition de ces invariants va alors peu à peu mener vers des habitudes, puis donner lieu à une possibilité d'anticipation. Il s'agit d'une forme de prédictibilité atténuant les effets émotionnels des actions et conduisant à terme à l'organisation des conduites instrumentales (Borghini, 2015). Ainsi, « le geste n'est plus seulement un mouvement déclenché par une stimulation sensorielle, il est planifié, finalisé, et répond à un projet ayant des composantes temporelles et spatiales » (Bullinger, 2010, p.156). L'enfant parvient donc à avoir des « actions d'explorations et de manipulation sur son milieu » (Bullinger, 2010, p.110)

Il semble nécessaire de mettre son corps en action, en mouvement, de s'entraîner afin d'apprendre à la connaître. Il s'agit de pratiquer pour s'approprier ses expériences sensori-motrices. En effet, le bagage neuro-moteur et psychique du nourrisson n'est pas encore mature à sa naissance. Il est nécessaire que le bébé soit progressivement mis dans diverses situations favorisant l'exploration de son corps, comme de son environnement. Progressivement, les explorations du bébé s'organisent sous forme de schèmes sensorimoteurs, soit un : « élément de compréhension, mais sans pensée ni représentation » (Tréca & Bidault, 2015, p.155). Le psychologue et biologiste Jean Piaget s'intéresse lui aussi à cette notion de schèmes sensori-moteurs, qu'il décrit sous forme de « structure d'une action » (Tourette & Guidetti, 1995 p.13). La répétition de ces schèmes et leur coordination vont permettre qu'ils se généralisent et s'intègrent dans ce qu'il nomme « réactions circulaires ». Le bébé utilise ces réactions circulaires pour reproduire un résultat qu'il a trouvé plaisant ou intéressant, selon le mécanisme d'essai-erreur. Ces schèmes seront ensuite modifiés et agrémentés par les processus d'accommodation et d'assimilation, mettant de ce fait directement en lien le bébé avec son environnement.

Dans les expérimentations et leurs répétitions, le bébé va utiliser son système sensori-moteur pour comprendre et agir sur son milieu, selon ce que Bullinger nomme le processus d'instrumentation. Les réactions d'alerte et d'orientation que j'évoquais plus tôt sont alors suivies par les phénomènes de coordinations (des schèmes sensori-moteurs) et d'exploration. Par toutes ces expériences, le bébé apprend : « L'enfant procède d'abord par essai et erreur puis utilise ses expériences comme moyen de connaissance ». (Potel, 2019, p.79). Il est amené progressivement à penser, et à constituer ses premières représentations. « C'est dans la répétition [...] que l'enfant s'ajuste toniquement vers des conduites plus adaptées et que ses capacités à se représenter, à anticiper, à déduire, naissent et se consolident ». (Goumas et al., 2014, p.165)

2.2.2. La place du milieu humain dans ce processus

Pour habiter son organisme, ou se trouver sur la surface d'équilibre sensori-tonique, Bullinger (2010), décrit la nécessité de l'interaction de ces trois facteurs : milieu biologique, milieu humain, et milieu physique. Après avoir expliqué le rôle du milieu biologique comme base d'expérimentations sensori-motrices pour le bébé, je vais à présent aborder le rôle du milieu humain dans l'accession à l'équilibre sensori-tonique.

Potel soulève également la question de la fonction du milieu humain pour l'appropriation des expériences vécues : « Le bébé ne peut le faire seul. Il faut pour se faire un véritable accompagnement, inscrivant l'enfant dans une relation » (Potel, 2019, p.81). Ce lien entre l'enfant et le milieu humain nécessite donc une forme de communication, de relation, quelle que soit sa forme : verbale ou infra-verbale. Dans les premiers mois de vie, le bébé est « débile sur le plan instrumental », comme l'annonce Bullinger, (2010, p. 156), mais il parvient à se faire comprendre en utilisant sa « motricité de relation », soit son tonus et son mouvement. Lorsque le bébé est soumis à un flux sensoriel, quelle que soit sa nature, il se recroute toniquement. Lors de ses premiers mois de vie, le bébé est envahi par ces stimulations, ce qui le désorganise toniquement. Ainsi, lorsque le bébé use de ses capacités toniques et posturales pour se faire comprendre, le milieu humain intervient, en offrant un moyen de régulation externe au bébé. Dans le portage, la manière de le tenir, l'adulte vient suggérer à l'enfant une possibilité de régulation tonique, une forme de régulation de la tension. C'est ce que Wallon, puis Ajuriaguerra nomment le dialogue tonique. Par ses gestes, ses mots, et sa posture, l'adulte vient mettre du sens sur l'état tonico-émotionnel du bébé, et donc sur ses éprouvés. L'environnement va métaboliser les différentes stimulations, quelles que soient leurs formes (tactiles, auditives, vestibulaires...) (Bullinger, 2010). C'est selon cet auteur « le premier mode de régulation, à défaut des structures représentatives qui ne sont pas encore en place » (Bullinger, 2010, p. 157). Le milieu humain assure le fait que les stimulations amenées par le milieu physique ne soient pas dys-stimulantes. Si le milieu est amené à être moins adapté, l'adulte sera présent auprès du bébé pour assurer une protection de sa fonction tonique.

Pour ce faire, le milieu doit être attentif à toutes les manifestations d'inconfort du bébé, et y répondre : il est de ce fait suffisamment bon. Cela rejoint la notion de « préoccupation maternelle primaire » dont parle Winnicott. Il s'agit d'un état d'accordage très important avec les besoins de son enfant pendant les premiers mois de vie, comme « un état psychiatrique particulier » qui serait proche de la folie, mais totalement sain. Progressivement, cette notion d'accordage au plus près des besoins de l'enfant va s'assouplir, laissant entrevoir de l'attente. L'enfant se détache alors progressivement de la figure maternelle, alors qu'il semblait faire corps avec elle : « Ce sont souvent les parents qui sont attentifs à leur enfant, et qui interviennent dans le processus de fusion, qui se détache ensuite en différenciation pour créer un être à part entière » (Potel, 2019, p.84)

Ainsi, le bébé se différencie progressivement de son parent, en devenant un individu à part entière.

Dans la poursuite de cette réflexion, Potel ajoute : « Ce sens de soi ne peut véritablement se construire que si toutes ces expériences faites et éprouvées par l'enfant peuvent « se loger » dans un espace, celui d'un corps protégé par des limites sensibles solides et sécurisantes » (Potel, 2019, p.79). En effet, c'est aussi en partie grâce au milieu humain que l'enfant se constitue cet espace, « zone habitable » dont parle Bullinger. À travers les soins que le parent porte à son bébé, ce que Winnicott (2010) nomme le *handling*, et par le portage qu'il prodigue à son enfant (*holding*), le bébé expérimente à la fois son corps comme un espace défini par des limites, mais également comme un appui pour se représenter un contenant psychique, lieu de la pensée. En manipulant le corps de l'enfant à travers le holding et le handling, le milieu humain lui offre à vivre différentes expériences sensori-motrices, qu'il pourra reproduire par la suite et se les approprier. Le bébé aura pu expérimenter différentes sensations associées à de nouvelles zones corporelles, lors d'un mouvement inédit puis répété.

Le milieu humain, utile à la survie du bébé, apparaît aussi être essentiel dans l'accession à un corps pouvant agir sur l'environnement de manière conscientisée. Ainsi, il prend plusieurs rôles offrant au bébé une compréhension de ses éprouvés lorsqu'il est soumis à un stimulus, mais est aussi un support sécuritaire au bébé pour qu'il puisse librement explorer. Par ailleurs, par les différents actes de la vie quotidienne (portage, change...) le parent accompagne l'enfant dans la construction d'un contenant corporel-psychique, où peut ensuite s'établir la pensée. Comme le suggère Marc Rodriguez : « Cette convergence, interdépendance entre les fonctions instrumentales et relationnelles fait de l'organisme un lieu habité que l'on dénomme le corps. » (Rodriguez, 2019, p.185).

2.3. De l'appropriation corporelle à l'habitation corporelle

Nous avons un corps, équipement de base à toute exploration. Grâce à cet équipement, le bébé peut faire diverses expériences sensori-motrices, qu'il peut s'approprier par la répétition de ces dernières. Par ailleurs, le milieu humain soutient l'investissement de cette base corporelle, en prenant soin du corps du bébé, mais aussi en le soutenant par l'interaction constante qu'il a avec ce dernier. Bullinger nous décrit par

ailleurs l'importance de l'axe corporel comme « point d'appui représentatif » (Bullinger, 2010, p. 143), faisant de l'organisme un lieu habité.

2.3.1. L'émergence des premières représentations

Le corps du bébé est en premier lieu la surface d'interaction avec le monde. C'est par son corps que le bébé se construit au niveau identitaire, comme individu différencié (Potel, 2019). Freud (cité par Dejours, 2009, p.229) annonce ainsi : « Le Moi est avant tout un moi corporel [...], est finalement dérivé de sensations corporelles principalement de celles qui ont leur source à la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme la projection mentale de la surface du corps ». Freud rattache ici le Moi aux sensations corporelles, faisant également le parallèle entre les fonctions corporelles, et leur projection sur le plan mental. Pour Potel, les expériences vécues par le corps, en lien à l'autre et à son environnement constituent « un socle identitaire primaire, cette base narcissique solide, qui permettra d'accéder à des processus cognitifs qui engagent la pensée, la réflexion ». (Potel, 2019, p.91). Cela rejoint la pensée de Bullinger selon laquelle tous les mécanismes psychiques émergent du corps, et de son « savoir-faire sensori-moteur », soit du corps instrumenté. (Bullinger cité par Chadzynski, 2019).

Chez le bébé, le premier matériel psychique est constitué par l'ensemble des informations sensorielles qu'il perçoit, c'est-à-dire des flux sensoriels, mais aussi de ses premières émotions, et souffrances primitives. C'est alors la figure d'attachement principale qui a pour rôle de venir organiser ces contenus psychiques chaotiques pour le bébé. Ainsi, la fonction alpha décrite par W.R. Bion, explique le rôle dont l'adulte s'empare, en métabolisant les contenus psychiques et corporels bruts bêta, en éléments alpha (Gatecel et al., 2015). Ainsi, le parent rend assimilable et réutilisable au bébé ses impressions sensorielles métabolisées. Le progressif détachement de son parent va de pair avec l'apparition des premières capacités représentatives de son enfant.

Pendant le stade sensori-moteur, le bébé associe les stimulations sensorielles qu'il reçoit à ses signaux proprioceptifs. Ainsi apparaît des représentations sensori-motrices, pouvant être nommées proto-représentations. Elles ont la particularité de « n'exister que quand l'action est engagée, leur support n'étant présent que dans le mouvement » (Bullinger, 2010, p.50). En passant par toutes les étapes successives à la réception d'un flux sensoriel (alerte, orientation, distance et exploration), et en prenant en compte les trois

éléments cités auparavant (milieu biologique, physique et humain), le bébé établira son équilibre sensori-tonique. En fin de période sensori-motrice, cette surface d'équilibre à partir de laquelle le bébé peut développer ses fonctions instrumentales est élargie grâce aux processus de représentation. Il s'agit ici de s'affranchir des stimulations sensorielles en cours pour se représenter l'action, s'inscrivant dans un cadre temporel et spatial (Bullinger, 2010). C'est que décrit Berthoz (2016, p. 26) avec le concept de perception, qu'il décrit comme indissociable de l'action : « percevoir, c'est imaginer le mouvement qu'il faut faire pour l'atteindre ». En s'appuyant sur ses expériences sensori-motrices passées, teintées d'intentionnalité et gardées en mémoire, le cerveau de l'enfant « projette sur le monde ses hypothèses et interprétations ». Ainsi, sans nécessité d'entrée sensorielle, et par la généralisation de ses expériences, le cerveau va anticiper et « simuler » mentalement le mouvement, l'action et les interactions que le sujet aura avec le monde.

2.3.2. La qualité de présence à ses sensations

Habiter son corps, c'est se l'approprier selon les expériences que l'on vit (sensori-motrices notamment). Habiter son corps, c'est aussi pouvoir se le représenter, intégrer toutes les expériences que l'on fait, et qui sont propres et uniques à chacun. L'enfant, à travers le soutien du milieu humain et de ses différentes expérimentations s'est construit des représentations de son corps unifié, contenu et contenant. Habiter ce corps, c'est rendre subjectives les connaissances que le sujet a de son corps. Il s'agit aussi de les préciser. Pour élaborer ses représentations, et les réactualiser aux changements corporels et environnants, il semble essentiel d'accorder une attention accrue à ses sensations corporelles, d'affiner la conscience de nos sensations, et de nos perceptions.

La notion de conscience du corps est intimement liée à cette qualité de présence, d'écoute de ses sensations dans l'ici et maintenant, qui s'inscrit dans le lien à l'Autre, à l'environnement et à soi. P. Pes, psychomotricien, insiste sur le fait que cette conscience corporelle est une « actualisation du corps dans un temps présent ». (Pes, 2008, p.10). Ainsi, pour prendre conscience de son corps, il faut mobiliser un certain effort, une intentionnalité afin d'être et de rester présent à ses sensations, et à d'éventuelles modifications. C'est ce que Pireyre nous décrit :

Prendre conscience de son corps, c'est, pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y

consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle. C'est donc se confronter à la réalité corporelle vécue. (Pireyre, 2021b, p.215)

Ainsi Lesage (2021) différencie distinctement la notion de conscience du corps, soit la qualité de présence à nos sensations, de disponibilité à ce que l'on peut ressentir à la notion de conscience corporelle. En effet, il considère la conscience du corps comme faisant partie intégrante de la conscience corporelle. Ce dernier processus est plus largement considéré comme un état général, qui s'inscrit dans les expériences avec autrui et le monde. Il nous livre d'ailleurs une expérience, dans laquelle il fut, pendant un temps donné, très attentif, présent aux sensations émergeant de sa main. Il nous décrit alors une conscience plus riche et plus subtile de celle-ci à l'issue de l'expérience : il en perçoit consciemment les volumes, le mouvement... (Lesage, 2012b)

2.3.3. Agir et interagir avec le monde : une finalité de l'habitation corporelle ?

Lorsque l'individu habite son organisme, puis son corps en se l'étant représenté, il a atteint cette fameuse surface d'équilibre sensori-tonique évoquée précédemment, si nous reprenons les propos de Bullinger (2010). Cet équilibre est sans cesse à construire, à réactualiser, au fil de nos nouvelles expériences. L'accès à cette surface permet à l'individu de se sentir exister en tant qu'individu différencié, ayant conscience de son propre corps, mais aussi de « regarder et d'agir sur le monde » (Bullinger, 2010, p.158).

Les multiples expérimentations sur le plan sensori-moteur, soutenues par des interactions permanentes avec son environnement permettent à chacun de s'appropriier son corps, de l'instrumenter, soit d'en faire un véritable outil pour comprendre et agir directement sur son milieu (Bullinger, 2010). L'apparition des premières représentations accompagnant ce développement sensori-moteur permet au bébé de tendre vers une représentation de son corps unifiée, d'un corps à soi. La conscience corporelle s'inscrit ici dans le vécu de l'enfant, à travers les différentes expériences qu'il fait, faisant de lui un être subjectivé, porteur de sa propre identité. Le sensori-moteur permet à l'individu, à partir de ses sensations et de ce qu'il en perçoit, d'ajuster sa motricité (Lesage, 2012b). Quel que soit son âge, ce travail d'identification et de présence à ses sensations permet d'affiner la qualité du mouvement. En étant en permanence réactualisée, cette perception de différentes structures corporelles (os, muscles, peau...) en lien avec leurs propriétés nous renseigne sur notre proprioception, mais aussi sur de nombreux autres

paramètres corporels : volume corporel, souplesse... nous permettant de tendre vers une image plus globale de nous-mêmes. Le mouvement, appréhendé via le sensoriel, peut alors s'étoffer, se préciser. De multiples nuances gestuelles et toniques permettent à l'individu d'être plus adapté au quotidien et dans la relation à l'autre (Lesage, 2012b)

Reprenons les propos de Lesage (2012), lorsqu'il nous décrit son expérience de présence à ses sensations. Il nous évoque la libération d'un espace d'action et d'interrelation : « le corps devenu conscient apparaît comme un espace sensible qui libère une circulation et donne accès à de l'autre ». Ainsi, en prenant pleinement conscience de son corps, en intégrant ces perceptions corporelles, le « corps-conscience » nous permet de libérer un espace pour agir et se tourner vers l'autre.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Partie Théorico-clinique

Lors de mes premiers contacts avec la clinique du polyhandicap, je suis rapidement saisie par quasi-immobilité de tous les résidents dans leur fauteuil. Où est passé le mouvement ? En tant que psychomotriciens, quelles sont nos possibilités d'action auprès de cette population ? L'accompagnement d'Agnès en balnéothérapie, puis en bain thérapeutique en est un exemple, cela s'est alors rapidement imposé à moi pour illustrer mes propos.

Cette nouvelle partie est ainsi une transcription de ma réflexion, de la construction de ma pensée, mettant en lien les divers concepts théoriques énoncées précédemment, à des observations cliniques tirées de séances de psychomotricité avec Agnès. Dans cette perspective, je m'essaierai alors, à travers cette dernière partie, de monter dans quelle mesure l'accompagnement en psychomotricité viendrait-il soutenir l'habitation corporelle du sujet polyhandicapé.

1. Un corps habitable ?

1.1. Un corps entravé

Étant consciente lors de cette première journée de stage des éprouvés que peuvent générer la rencontre avec des sujets polyhandicapés ou lourdement handicapés, comme en parle très bien Munoz (2003), je me prépare à être directement confrontée à ce genre de ressentis. Contrairement à ce à quoi je m'attendais, je ne suis pas envahie, submergée par ce que je vois lors de ma première rencontre avec Agnès. J'en suis d'ailleurs presque soulagée.

L'après-midi même a lieu la première séance d'accompagnement en balnéothérapie. Nous voilà toutes en maillot de bain, laissant entrevoir nos corps dénudés, marqués par nos courbures qui nous sont propres. C'est à ce moment-là que l'importance des déformations et des rotations du corps d'Agnès s'imposent brusquement à moi, elles me semblent considérablement amplifiées lorsqu'elle sort de son fauteuil. Le sentiment auquel j'avais vraisemblablement échappé auparavant s'empare de moi : je suis

impressionnée, subjuguée par ce que je vois, mais surtout parce que cela me fait ressentir intérieurement. Cette rigidité, associée à ces déformations... tout cela me semble irréel. La vue de cette rigidité, de ces torsions, provoque chez moi un mal-être profond, d'inconfort. Je ne comprends pas ce que je vois. Pourtant mon corps, lui, cherche à comprendre.

C'est alors que mon corps se met en mouvement : je m'efforce de bouger, de me redresser, de me détordre, comme pour me signifier une différence face à ce que j'observe. Tentais-je ici de me persuader d'une différence avec ce que j'observe en face, en venant directement l'éprouver corporellement ? Nous pourrions aussi imaginer que par ces mouvements, je cherche à venir mobiliser chez moi un vécu corporel passé, similaire à ce que peux ressentir Agnès à ce moment précis, pour tenter de la comprendre. Je débute lorsque je rencontre Agnès pour la première fois, ce que (Pireyre, 2021c) nomme « l'implication, ou engagement corporel » du psychomotricien, que j'évoquerai plus tard.

Cette capacité de conscientisation des éventuels ressentis et éprouvés de l'autre, m'amène, suite à cette première rencontre, à une multitude de questions. Visiblement, le corps d'Agnès, comme celui de nombreux autres sujets polyhandicapés sont limités, d'un point de vue fonctionnel. Pour reprendre les propos de George-Jeanet, (2021), le sujet polyhandicapé appréhende l'environnement par son corps. Elle nous dit à ce propos que la personne est d'ailleurs souvent confrontée à son corps comme un objet limitant, source de malaise ou d'impossibilités. Au regard des antécédents médicaux d'Agnès, nous pouvons imaginer, comme l'évoque cette auteure, qu'Agnès puisse avoir été confrontée à ce qu'elle nomme « sensations brutes », et autres douleurs, marquant sa mémoire corporelle. Lorsque j'examine tous les épisodes médicaux auxquels elle a été confrontée (diverses fractures, opérations et soins médicaux importants), j'imagine que cela a pu avoir laissé une trace sur le plan tant somatique que psychique.

Je m'interroge alors : comment son corps peut-il être investi avec tant de particularités ? Quels vécus internes y sont associés ? Dans la mesure où les limitations corporelles sont associées à une déficience intellectuelle, quelle est la vision, la conscience que ces personnes ont de leur corps ? Ainsi, au regard de ses différentes expériences passées, corporelles comme psychiques, je m'interroge sur la qualité de l'appropriation corporelle d'Agnès, sur sa capacité de présence à ses sensations, et éprouvés. Ainsi, je me questionne profondément : comment son corps est-il habitable ?

1.2. ...mais habitable

Il m'apparaît essentiel de considérer l'habitation corporelle comme un phénomène universel. Chacun de nous, êtres humains, habitons notre corps. L'habitation corporelle est un mécanisme auquel tout être humain est confronté : chacun tente continuellement d'habiter son corps, de la manière la plus confortable possible. La constitution de ce processus démarre dès la naissance et se poursuit jusqu'à la fin de notre vie, étant continuellement réactualisé. Ainsi, selon la définition de l'habitation corporelle explicitée précédemment, pour habiter son corps, l'individu doit recouvrir un certain nombre de processus complexes. De nombreux auteurs ont justement théorisé ces mécanismes, en fondant leur écrit sur leurs observations avec le bébé. Ces différents processus, certes présents chez le bébé, sont généralisables à une grande partie de la population.

Premièrement, l'habitation corporelle passe par l'appropriation des expériences sensori-motrices auxquelles le sujet a été et est confronté. Comme nous le rappelle (Saulus, 2008) : dans le cadre du polyhandicap, les atteintes neuromotrices que présente le sujet polyhandicapé peuvent directement influencer sur la qualité de ses explorations sensori-motrices, sur ses jeux au quotidien, les limitant dans une majorité des cas. Malgré ces limitations, nous pouvons imaginer qu'Agnès a pu, dans son enfance, explorer à sa manière, selon ses possibilités motrices et mentales. Elle poursuit par ailleurs ces diverses expériences aujourd'hui, en les répétant pour se les approprier, et anticiper.

Par ailleurs, la définition accorde une importance à la notion de « zone habitable » (Bullinger, 2010), soit d'un espace défini pour être soi, individu différencié ayant ses propres limites. Cet espace se construit en partie par le traitement des différentes informations sensorielles parvenant au bébé, prenant appui sur ce qu'apporte le milieu humain lors des soins que le parent prodigue à son enfant (holding et handling de Winnicott). Lors des moments de change, Agnès me questionne sur certaines parties de son corps, qu'elle compare avec mon corps. C'est ainsi qu'elle regarde successivement sa poitrine, puis la mienne, en me demandant : « Pourquoi ça ? ». S'en suit alors une brève explication quant à la fonction biologique du sein. Même si les réponses ne semblent pas faire trace, je peux ici penser qu'elle questionne cet espace corporel, différencié et son utilité.

Je ne sais pas exactement quelle représentation Agnès a de son corps dans sa globalité. Néanmoins, elle semble consciente d'avoir un corps lui appartenant, et peut se

monter attentive à certaines de ses sensations, présente à ses ressentis dans le moment présent : ainsi, il arrive fréquemment qu'à la sortie de l'eau, Agnès me parle de son ressenti de froid, en l'associant à une attention adressée sa peau en horripilation.

Au regard de tous ces éléments, il me semble possible d'affirmer qu'Agnès habite son corps. Certes, elle l'habite selon ses possibilités motrices et intellectuelles, selon son histoire de vie, mais Agnès habite bel et bien son corps, comme nous le faisons chacun d'entre-nous. Néanmoins, nous pouvons imaginer comme ce processus doit être source d'effort au quotidien.

1.3. Un corps habitable, mais qui lui échappe

Agnès habite son corps. Tous les jours de sa vie, elle va chercher à l'habiter de manière la plus optimale possible, malgré la déstabilisation permanente provoquée par les éléments extérieurs. En effet, l'équilibre sensori-tonique que nous décrit Bullinger (2010), et les trois facteurs sur lequel il repose restent précaires, le polyhandicap les fragilisant. Habiter son corps relève donc d'un défi permanent, au quotidien.

Lorsque les psychomotriciennes proposent à Agnès de se rendre en balnéothérapie, elles connaissent son intérêt pour ce milieu si spécifique. Quand Julie me présente Agnès, elle m'évoque directement son attrait pour l'eau, et m'explique également la portée de cette médiation pour elle. En effet, les objectifs principaux sont d'accompagner Agnès vers un relâchement corporel, un apaisement des tensions corporelles comme psychiques, mais également de l'accompagner vers une écoute de ses sensations. Je m'efforce d'imaginer une fluidité, un apaisement, en lien avec ce nouvel environnement que nous lui proposons, même si je peine à m'imaginer Agnès dans l'eau.

Lors des premières séances, j'observe Agnès dans l'eau : elle est accrochée à la personne qui la porte, recrute massivement son tonus qui s'étend à l'entièreté de son corps. À ces comportements hypertoniques s'ajoutent des conduites d'hypervigilance, d'alerte sur l'environnement qui l'entoure. Son visage est fermé. Le changement de position provoque chez elle d'importantes appréhensions, ne faisant qu'amplifier sa tonicité. Elle semble ainsi « se porter », sans se « laisser porter » (Mortamet, 2021). Le peu de mouvements qu'elle faisait en dehors de l'eau ne semblent plus permis dans le bassin. Agnès me donne ici l'impression de ne pas être sécurisée dans cet environnement, qui semble la désorganiser, la déborder.

En effet, Latour (2021) nous rappelle que l'eau, caractérisée par sa poussée d'Archimède, peut premièrement désorganiser, désorienter. Dans ce milieu, les repères de l'individu sont bouleversés : les appuis, les équilibres ne sont plus les mêmes. Elle insiste sur l'importance de la recherche d'autres appuis et soutien sur son environnement extérieur : environnement physique comme humain. Ainsi, nous pouvons imaginer qu'Agnès, dans ce nouveau milieu faisant considérablement varier ses sensations et son mouvement, ait ses repères habituels extrêmement modifiés. Elle tente alors de maîtriser les éléments qui lui arrivent en recrutant massivement son tonus, et en se plaçant en hypervigilance. Cela rejoint les propos de Mortamet, (2021), selon lesquels : « nous nous agrippons [...] à notre tonus et à tout ce qui reste dans les parages » pour tenter de « retrouver une cohérence » (p.92). Ce milieu bouleverse tout acquis : ce corps, qu'elle a au cours de sa vie, tenté de s'approprier, d'habiter, s'en trouve encore modifié, ses repères étant bouleversés.

Cette nouvelle expérience semble venir déborder Agnès, venant mobiliser chez elle un vécu d'insécurité, le sentiment d'un corps, qui malgré les tentatives d'organisation, échappe à la saisie. Ce sentiment peut venir faire écho à des vécus corporels passés similaires, d'un corps qui échappe à la saisie. Je pense ici notamment à des phénomènes de douleurs, ou autres sensations d'inconfort. Brun (2006), en appui sur les propos de Freud, évoque le concept « d'inquiétante étrangeté », selon lequel le corps perd sa familiarité pendant un moment donné. Le corps devient inquiétant, il n'est alors plus source de confiance, et de ce fait devient difficilement habitable. Nous pouvons imaginer que l'eau exerce ici un rôle désorganisateur, faisant perdre à Agnès ses éventuels repères corporels préexistants. Elle essaye alors, selon ses possibilités, de faire perdurer son habitation corporelle. Face à cette situation qui la déborde, la désorganise, Agnès tente de s'organiser corporellement et psychiquement, pour se maintenir sur cette surface d'équilibre sensori-tonique, dont nous parle Bullinger (2010). Néanmoins, en conséquence de son tonus particulièrement élevé, et de sa posture figée, Agnès ne parvient pas à explorer librement son environnement. Elle agit et interagit alors que très peu avec son milieu.

Dans cet environnement si spécifique, le psychomotricien tente de venir soutenir la constitution de cet équilibre sensori-tonique, propice aux explorations de l'individu. En s'appuyant sur les principaux vecteurs favorisant cet équilibre que décrit Bullinger (2010), ainsi que sur les propriétés de l'eau, l'accompagnement en psychomotricité offre un moment propice au sujet, pour qu'il puisse activement habiter son corps.

Comment l'accompagner, quels éléments proposer pour que le sujet puisse pleinement s'approprier son corps, s'éprouver en tant qu'individu ? Je vais à présent exposer les moyens dont dispose et se saisit le psychomotricien pour tenter de soutenir cette habitation corporelle chez le sujet polyhandicapé dans l'eau.

2. La sensori-motricité au service de l'habitation corporelle

Pour habiter son corps, le sujet doit faire au quotidien diverses expériences sensori-motrices. Afin de réactualiser la représentation qu'il a de son corps, le sujet doit l'éprouver sous différents plans, en faisant de nouvelles expériences sur le plan sensori-moteur. Le sujet ordinaire le fait naturellement, mettant en lien les différents flux sensoriels auxquels il est soumis, au mouvement. Mais, quand la gestion des flux est précaire, la motricité limitée : comment envisager ces nouvelles expérimentations corporelles ? Et quelles sont-elles ? Comment le sujet peut-il s'approprier son corps et tenter de l'habiter ? Tous ces questionnements se sont imposés à moi lorsque j'ai rencontré Agnès pour la première fois.

Pour habiter son corps, Bullinger (2010) nous évoque la nécessité d'un « système sensori-moteur intègre », apparaissant comme un équipement fondamental, nécessaire à toute expérimentation. Bergès (cité par Joly, 2011) élargit ce concept en y incluant le fait qu'il puisse être « abîmé, handicapé, entravé ». Agnès, comme évoqué précédemment, présente en effet un « équipement neurobiologique de base » ayant ses particularités et limitations. Son fauteuil, bien qu'il permette de la soutenir au quotidien, semble aussi l'empêcher de pleinement se mouvoir, de pleinement sentir. Or, je rappelle l'importance de ces processus pour habiter son corps.

L'accompagnement psychomoteur apparaît ici être une possibilité pour Agnès d'expérimenter son corps en prenant appui sur sa « base équipementale ». Cette possibilité d'expérimentation est en partie soutenue par les aides matérielles mises en place, mais aussi par la qualité de l'environnement que nous lui proposons chaque semaine. L'eau, du fait de ses propriétés physiques, demeure pour chacun de nous un nouvel environnement à appréhender. Je vais dans cette partie tenter de décrire les éléments qui font sa spécificité, en les mettant directement en lien avec les possibilités d'explorations sur le plan sensori-moteur et donc avec l'habitation corporelle.

2.1. Du sensoriel...

2.1.1. Sentir

Lors des premières séances, je suis interpellée par ce que j'observe chez Agnès : lors de ses déplacements, son pied peut se coincer, frotter fortement contre le mur, mais elle ne manifeste aucune réaction apparente. Par ailleurs, lorsque nous entrons dans le bassin de balnéothérapie, le premier contact de l'eau sur ses pieds ne provoque chez elle aucune manifestation spécifique. Je décide alors de verbaliser mes interrogations internes : vous sentez Agnès ? Oui, Agnès reçoit bien ces messages sensoriels, mais elle ne semble pas réellement les intégrer.

Afin d'habiter son corps, de nombreux auteurs font référence à la nécessité de passer par du sensoriel. Ainsi, Brun (2006), tout comme Bullinger (2010), s'accordent à dire que le processus d'habitation corporelle repose en partie sur le traitement et l'intégration des messages sensoriels. Or Agnès, bien qu'elle reçoive les messages sensoriels, ne semble pas pleinement les intégrer. Ses réactions sont quasi-inexistantes lors d'un changement de message sensoriel.

Afin de soutenir son habitation corporelle, il serait alors intéressant de l'amener à sentir, en lui proposant notamment un environnement sensoriel privilégié. L'eau apparaît ici comme un milieu des plus intéressants. Il s'agit en effet d'un nouvel espace, d'un milieu multisensoriel comportant de nombreux flux sensoriels. Du fait de ses propriétés physiques spécifiques (densité, pression hydrostatique...) les sensations qui nous arrivent dans l'eau semblent nous demander moins d'effort lors de leur traitement. Nos repères doivent de ce fait être totalement réorganisés.

Si l'on considère le terme de sensation selon (Bullinger, 2010), l'eau fournit au corps une multitude de flux sensoriels : D'un point de vue tactile, l'eau stimule la peau, organe sensoriel le plus étendu. Il pourrait être intéressant de passer par le tact afin d'accompagner Agnès à sentir. Par sa température, mais aussi sa densité et sa pression hydrostatique, l'eau enveloppe. Elle vient délimiter cette « zone habitable » dont parle Bullinger (2010), espace différencié dans lequel les différentes expériences peuvent se loger. Lorsque je partage le portage avec Agnès, je lui propose parfois des expériences sensori-motrices, que j'initie. Je me déplace dans tout le bassin, en variant ma vitesse de déplacement : l'eau arrive perpendiculairement au corps d'Agnès, faisant pression au

niveau de son ventre et de ses hanches. L'eau freine notre avancée. Lorsque j'accélère, un léger sourire apparaît sur son visage, ce qui me fait rapidement comprendre que ce mouvement lui plaît et qu'elle ne souhaite pas l'arrêter. Ce mouvement accroît ici la résistance de l'eau sur son corps, ce qui accentue temporairement les sensations qu'elle peut recevoir. Cette expérience me donne l'impression qu'Agnès s'éveille soudainement à ses sensations. Et si cette recherche de sensations lui permet-elle de se sentir comme propriétaire de ce corps ? Cette expérience semble favoriser la perception des volumes de son corps, au niveau de cette partie si peu sollicitée habituellement : son corps semble alors reprendre de la consistance, de nouveau exister.

Par ailleurs, l'eau fait intervenir une multitude de nouveaux flux sensoriels, changeants de l'espace quotidien. Ainsi, les clapotis de l'eau, comme le bruit sourd de la soufflerie constituent une partie des flux auditifs, tandis que l'odeur prégnante de chlore renseigne sur le lieu fréquenté. L'association de tous ces flux entre eux, et leur traitement permet à Agnès de se constituer une image unifiée de son corps, orienté dans son espace environnant.

2.1.2. *Percevoir*

Grâce aux propriétés de l'eau, nous pouvons offrir à Agnès de nouvelles sensations. Ces sensations, comme l'exprime Brun, Agnès doit les intégrer, pour habiter son corps. Il est ici question de faire passer les sensations, sous la forme de perceptions : « Sentir son « tout autour » [...] est une chose, s'en apercevoir (percevoir ses propres délimitations, volume et consistance, et la satisfaction qu'on en éprouve) en est une autre » (Latour, 2021, p. 72) Cette fonction de perception est ainsi assurée par l'autre, le soignant en étant « racontée par cet autre [...] qui d'abord l'accompagne et le partage » (Latour, 2021, p. 72). Il est donc nécessaire, comme évoqué dans la partie précédente que le milieu humain soutienne le processus d'intégration des sensations.

De plus, si nous reprenons les propos de Berthoz (2016), le concept de perception est selon lui indissociable de l'action. Plus largement, pour sentir, et intégrer ses sensations, il faut se mouvoir. Ces propos ne sont pas sans rappeler ceux de (Potel, 2019), selon lesquels le fait de « se sentir » passe par une implication de la motricité, à travers l'appropriation de ses expériences sensori-motrices.

2.2. ...Au moteur

Habiter son corps, c'est d'abord l'éprouver, à travers sa sensori-motricité, pour se l'approprier. Tout comme le sensoriel, la motricité occupe une place fondamentale dans le processus d'habitation corporelle. Pour apprendre à se connaître, il est nécessaire d'éprouver sa motricité, notamment en la pratiquant. Dans la clinique du polyhandicap, les capacités de mobilité des sujets sont limitées, tout comme leur fonctions tonico-posturales (Saulus, 2008). Lorsqu'Agnès est dans son fauteuil, ses possibilités à se mouvoir sont faibles : seules certaines parties de son corps bougent selon une amplitude restreinte, son mouvement étant teinté d'une importante rigidité.

Il semble alors nécessaire de favoriser leur mobilité par l'utilisation d'éléments facilitateurs : l'eau en fait partie. Cet environnement, du fait de sa pesanteur donne la possibilité au sujet polyhandicapé d'augmenter l'amplitude de ses mouvements. (Latour, 2021). Toute cette palette de nouveaux mouvements et innombrables possibilités ne font alors qu'augmenter la richesse du vécu corporel de la personne polyhandicapée.

2.2.1. Une installation posturale comme soutenant le mouvement

J'ai mis beaucoup de temps avant de « réussir » à porter Agnès. J'entends sous ce terme le fait que je suis parvenue à lui apporter un soutien permettant de la sécuriser dans l'eau. « Réussir » à porter Agnès est aussi pour moi parvenir à trouver une posture qui lui convient à elle comme à moi, dans laquelle elle peut explorer librement son environnement. En effet, pour de nombreux sujets polyhandicapés, les postures sont souvent figées, les gestes trop raides ou au contraire trop mous, ne permettant pas d'être ajustés et efficaces (Lesage, 2012a). Les multiples travaux de Bullinger mettent en évidence certaines difficultés des personnes polyhandicapées quant à la prédominance de certaines postures : la musculature en extension par exemple, retrouvée chez Agnès, gêne la mise en place de certains schèmes moteurs de base, comme joindre les mains. Comme l'annonce Lesage, « le corps n'est pas devenu ce vecteur modulable et sensible qui soutient une dynamique psychique et relationnelle » (Lesage, 2012a, p. 17).

Ainsi, lors du portage que nous partageons avec Agnès, le rôle du milieu humain apparaît comme essentiel pour faciliter les expérimentations sensori-motrices. Je prends successivement le rôle d'appui stabilisateur et sécurisant. La prise d'appui sur certaines

zones corporelles spécifiquement semblent libérer le mouvement : lorsque je suis sur son côté gauche, et que je lui soutiens l'épaule droite, Agnès peut libérer sa main droite, qu'elle suit de son regard et oriente vers l'extérieur. C'est ainsi que semblent émerger les premiers mouvements, complémentaires des explorations sensorielles, et nécessaires à l'appropriation corporelle.

2.2.2. Se mouvoir pour s'approprier son corps

Le soutien du psychomotricien, tout comme les propriétés physiques agissent dans l'accession de la personne polyhandicapée au mouvement, quel qu'il soit. Pour s'approprier ses expériences sensori-motrices, le sujet doit les répéter pour progressivement pouvoir anticiper, s'ajuster, et construire ses capacités de représentation (Goumas et al., 2014). Avec Agnès, nous répétons ces portages lors de chaque séance, comme certaines expériences sensori-motrices que je lui propose (déplacement dans l'eau, exercice du calme et de la tempête...).

Lorsqu'Agnès bouge dans l'air, ses mouvements sont brusques, saccadés, mais également peu contrôlés. L'eau, du fait de sa densité permet de ralentir le mouvement. Ralentir le mouvement, n'est-ce pas le décomposer pour mieux le sentir et pouvoir l'intégrer ? Ceci n'est pas sans me rappeler mes expériences de danse : pour apprendre un mouvement, nous le répétons plusieurs fois au ralenti avant de pleinement pouvoir le déployer dans l'espace, selon la bonne rythmicité. Les mouvements d'Agnès dans l'eau deviennent tout de suite plus gracieux, leur vitesse étant freinée par l'eau. Lorsque Agnès bouge son bras droit dans l'eau, je me décide à lui proposer une image, qui sera plus tard réemployée par la psychomotricienne : elle danse, nous dansons. Je ne parviens pas à savoir si cette image fait sens pour elle, néanmoins je ne peux qu'imaginer que son geste puisse être modifié par cette intention qu'on lui confère.

Habiter son corps, c'est aussi être conscient des sensations qui nous parviennent, et être présent, disponibles à celles-ci. Le mouvement permet de sentir, et de conscientiser ses sensations, comme nous appartenant. C'est l'idée que nous expose Jeannerod (2009) : la conscience de son corps et de ses sensations passe à la fois par la réalisation de l'action, mais aussi par le fait de se voir faire une action. Il distingue ainsi la fonction « d'agent » (p.204), de la fonction « d'auteur » (p.205). Lorsque Agnès initie ses premiers mouvements dans l'eau, bien que de très faible amplitude, elle ne semble pas en avoir

conscience. J'attire alors son attention sur le fait que ces mouvements fassent bouger la surface de l'eau, en pointant les mouvements du doigt. Son regard se tourne alors vers sa main, en mouvement. Agnès semble ici prendre la place « d'agent », soit d'acteur de sa motricité, ayant un impact sur son environnement : la motricité passe par elle. À travers ce rôle « d'agent », la motricité donne accès à la conscience de soi, comme propriétaire de son corps pouvant agir sur l'environnement.

Berthoz, (2016) évoque l'importance de l'action pour interpréter ses sensations, accéder à la perception et pouvoir à terme anticiper et mentalement « simuler » le mouvement, les actions et ainsi pouvoir les inscrire dans une certaine continuité. Cela peut être rapproché de ce que (Jeannerod, 2009) nomme être « auteur » de son mouvement. En répétant les expériences sensori-motrices avec Agnès, nous pouvons imaginer qu'elle puisse anticiper les effets de certaines actions, et investir le mouvement. Ainsi, lorsque je lui propose de réitérer le jeu intitulé « le calme et la tempête », ou mes déplacements dans le bassin, je m'attends à avoir une réponse positive d'Agnès, considérant le fait qu'elle semblait avoir apprécié ces diverses expériences. Agnès ne semble cependant pas en mesure de se souvenir de ces expériences. Ont-elles laissé trace pour elle ? En a-t-elle fait des images mentales, s'est-elle représentée en train d'effectuer l'action ? Je n'en suis pas certaine. Néanmoins, lors de la répétition de ces expériences, elle semble y retrouver ce qu'elle y avait apprécié.

2.3. Le sensori-moteur pour pleinement habiter son corps

L'eau est un véritable « laboratoire d'expériences psychomotrices », pour reprendre les propos de Potel (Potel & Latour, 2021, p. 43). Du fait de ses propriétés physiques, mais aussi de la présence du milieu humain, de nombreuses expériences sensorielles et motrices sont y sont effectuées. En accompagnant Agnès dans le portage, nous la menons progressivement à associer ces deux composantes, pour lui faire vivre de véritables expériences sensori-motrices. Lorsqu'Agnès est en mouvement dans le bassin de balnéothérapie, ou plus tard lors de séances de bain thérapeutique, j'attire son attention sur les mouvements qu'elle peut ressentir en lien avec le mouvement, l'incite à prendre conscience de ses sensations corporelles. Comme l'annonce Lesage (2012b), le sensori-moteur permet à l'individu d'ajuster, de préciser sa motricité en fonction des informations sensorielles qu'il perçoit.

3. L'importance du milieu humain

Le milieu humain apparaît comme étant une fonction socle du processus d'habitation corporelle. Ainsi, pour habiter son corps, l'individu doit être soutenu par l'environnement qui l'entoure. L'autre assure une multitude de fonctions, essentielles à la constitution de l'unité corpero-psychique du bébé, comme de ses premières représentations de soi, être différencié. Il en est de même pour chacun de nous.

3.1. Le portage pour s'éprouver soi, en tant qu'acteur

L'eau, du fait de ses caractéristiques physiques particulières, peut nous porter en partie. En raison de diverses pathologies et limitations corporelles, comme dans le cadre du polyhandicap notamment, le portage apparaît parfois comme indispensable, indissociable de cette médiation aquatique. C'est le cas pour tous les résidents polyhandicapés accompagnés en balnéothérapie au sein de la structure. Nous nous plaçons lors de chaque séance en « situation de portage » (Mortamet, 2021) avec Agnès, pour reprendre les termes de cet auteur.

Le milieu aquatique altère considérablement notre capacité d'intégration de la pesanteur, et modifie de ce fait nos mécanismes d'équilibration. La prise d'appui physique sur autrui semble alors indispensable pour ne pas trop être déstabilisé au niveau de nos représentations corporelles. C'est ce que fait Agnès, lorsqu'elle prend appui sur le professionnel qui la soutient, sur son corps comme sur son regard : elle agrippe ainsi successivement le cou, le bras du professionnel qui la porte. Dans le cas présent, ces appuis semblent exercer une fonction de support, et semblent agir dans le processus de relâchement corporel, favorisant de ce fait une certaine stabilité. Cette prise d'appui sur le corps de l'autre, comme « matériel » peut ici être pensée comme une véritable tentative d'organisation, face à corps qui échappe. Agnès, en multipliant ses points d'appuis physiques, ses prises, augmente sa stabilité corporelle, ce qui semble la rassurer. Malgré cette prise d'appuis corporelle sur autrui, le corps d'Agnès reste figé. Agnès semble fermée à l'entièreté de l'environnement extérieur, en se focalisant sur ce qu'elle vit.

Toutefois, il apparaît ici qu'une grande partie du travail d'équilibration soit effectuée grâce à l'accordage tonique, permis par le corps à corps que suppose le portage.

Ainsi, lorsque j'accompagne Agnès dans le portage, il est très fréquent en début de séance que nous passions par un temps de silence, de pause où nos corps semblent s'écouter. Nos courbures corporelles se complètent, s'ajustent, tandis que nos respirations se coordonnent. Ma respiration semble guider celle d'Agnès, ma tonicité plus faible que la sienne semble directement impacter la sienne, qui diminue également. Nous sommes dans une véritable communication infraverbale, que l'on peut rapprocher de ce que Wallon nomme « dialogue tonique », et qui sera plus tard repris et complété par Ajuriaguerra sous le terme de « dialogue tonico-émotionnel ». En effet, nous communiquons à travers nos postures, nos mouvements, nos mimiques, nos vibrations et nos touchers. L'interlocuteur, ressent et interprète corporellement ces messages, s'y adapte et l'enrichit à son tour. Robert-Ouvray & Servant-Labval, (2011) le métaphorise en parlant de « contagion qui passe d'un corps à l'autre » (p.178). Je tente ici, par mon tonus et ma posture, de mettre du sens sur les éprouvés d'Agnès, à savoir ce que j'identifie comme un sentiment d'angoisse et de désorganisation. C'est ce que fait premièrement le parent avec le bébé lors des premiers mois de vie, et que nous continuons à faire différemment, dans nos expériences d'adultes. Ainsi, cela vient illustrer les propos de Bullinger, (2010) explicités précédemment, selon lesquels le milieu humain use de cette fonction tonique pour métaboliser les stimulations sensorielles qu'il reçoit, lorsque les structures représentatives du bébé ne sont pas encore en place. Ces moments d'accordage me semblent indispensables pour retrouver une certaine stabilité, s'équilibrer soi, dans ce milieu qui désordonne tant, avant de s'ouvrir aux diverses explorations dans ce nouvel environnement.

Ce partage d'appuis, qu'ils soient corporels ou toniques nécessite une implication, de la personne qui porte, aussi bien que de la personne qui est portée. Il s'agit en effet d'un partage, d'un véritable dialogue, dans lequel chacun s'implique. Comme je m'adapte à elle en modifiant mon portage, et en lui proposant de nouveaux appuis, Agnès prend part à l'échange en se saisissant de ces appuis pour s'équilibrer. Par ailleurs, le dialogue soit une : « Conversation entre deux ou plusieurs personnes » (Larousse, 2023b), nous suggère la présence de deux protagonistes pour l'action. Il en est de même pour le dialogue tonique : nous sommes deux, Agnès et moi, à être actrices dans ce dialogue.

En plus de son rôle d'appui, de support facilitant la stabilisation corporelle, puis d'exploration, le portage est utilisé par le bébé pour éprouver les limites de son corps, et se les représenter. En effet, habiter son corps sous-entend la présence d'une « zone

habitable », comme le dirait Bullinger (2010), ou d'un espace pour que toutes les expériences faites quotidiennement puissent s'y loger (Potel, 2019).

À travers le portage, comme l'évoque (Winnicott, 2010) avec la notion *de holding*, que l'entourage prodigue au bébé, l'enfant expérimente à la fois son corps comme un espace défini par des limites, mais également comme un appui pour se représenter un contenant psychique, lieu de la pensée. En effet, cet auteur définit le *holding* comme la façon dont le bébé est maintenu, porté par la figure maternelle, aussi bien physiquement que psychiquement (Winnicott, 2010) Il associe cette notion avec le *handling*, soit la manière dont le bébé est manipulé, accompagné dans les soins quotidiens.

Dans le cadre de la médiation en balnéothérapie, l'eau, par ses propriétés physiques modifiant la pesanteur permet tout d'abord d'acquiescer un état de flottaison. Par ailleurs, la densité de l'eau nous permet à nous, soignants, de se placer dans des situations de portage physique avec d'autres adultes, quels que soient leurs handicaps. Je m'efforce alors de lui proposer un portage « suffisamment bon », pour reprendre les termes de Winnicott. Ce portage physique, associé à un portage psychique que j'évoquerai plus tard, se veut contenant et unifiant. Il soutient la constitution des enveloppes corporeo-psychiques de l'individu porté, mais assure également une continuité à la fois corporelle et psychique, faisant parfois tant défaut dans la clinique du polyhandicap, comme George-Jeanet, (2021) a pu nous l'évoquer.

3.2. La relation au service de l'habitation corporelle

Pour habiter son corps, de nombreux auteurs s'accordent à dire que la présence du milieu humain est un élément essentiel au bon déroulement de ce processus. Le bébé prend appui sur l'autre, tant au niveau corporel que psychique pour tendre vers une habitation corporelle la plus complète possible. Ainsi, dans la relation à l'autre, quel que soit le mode de communication utilisé, le milieu humain nous soutient, chaque jour, dans les différents mécanismes menant à l'habitation corporelle.

Pendant les séances de balnéothérapie avec Agnès, nous sommes toutes les deux engagées dans un portage physique. Néanmoins, lors de l'arrêt de la balnéothérapie, cet accompagnement corporel, source d'appuis physiques n'est plus réalisable. Nous sommes séparées physiquement, aussi bien par la paroi de la baignoire, que le milieu dans lequel nous nous trouvons (elle dans l'eau et moi dans l'air). Je dois avouer que ce changement

me désoriente : quels sont alors les appuis qui restent à Agnès pour se stabiliser, se rassurer ? Certes, Agnès est soutenue par les parois de la baignoire, mais celles-ci me paraissent peu adaptées. Rapidement, je constate que j'amplifie mes expressions faciales, mes regards et exclamations. Agnès semble directement s'en saisir, son regard étant particulièrement accroché à mon visage. Je peux ainsi rapprocher cette fonction de la notion de holding, soutenue par Winnicott, si l'on considère l'aspect « psychique » du portage. Je porte Agnès, non pas directement physiquement mais psychiquement : par mes pensées, mes expressions, mon regard. Apparaissant uniquement lors des séances en bain, car plus visible, ce portage est aussi présent dans l'accompagnement en bassin de balnéothérapie. Lorsque nous, professionnels, accompagnons Agnès dans l'eau, nous la portons tant sur un plan physique que psychique. Ainsi, lorsqu'on partage le portage, j'accorde une attention particulière à ce que j'observe chez elle, jusqu'à me détacher de l'environnement extérieur, pour être au plus près de ses besoins.

Par ailleurs, au vu de l'histoire de vie d'Agnès, nous pouvons imaginer que les premiers liens et fonctions assurées par les parents aient pu être impactés qualitativement par le handicap. Ainsi, comme l'annonce (Winnicott, 2010), le holding « est très lié à la capacité de la mère à s'identifier à son bébé ». Les premières identifications ont pu être difficiles pour le parent, comme pour le bébé, présentant une trop grande étrangeté.

Ce holding dont parle Winnicott aurait une véritable fonction de pare-excitation, comme le décrit (Golse et al 2008). Le holding « assure une fonction de protection contre toutes les expériences souvent angoissantes qui sont ressenties dès la naissance, qu'elles soient de nature physiologique, sensorielle, ou qu'elles concernent le vécu psychique du corps » (p.78). Ainsi, lorsque nous, soignants, portons Agnès, physiquement comme psychiquement dans l'eau, nous essayons de la protéger de l'excès de stimulations qu'elle peut recevoir, mais nous exerçons également une fonction unifiante, contenante sur son corps. À travers cette fonction protectrice, nous lui donnons par ailleurs la possibilité de s'organiser face à toutes ces stimulations.

3.3. Un milieu humain favorisant les représentations

Ainsi, par cette fonction protectrice, le milieu humain, prend le rôle d'organisateur, quand l'environnement extérieur, lui, désorganise trop. C'est ce que nous faisons la psychomotricienne et moi, lorsque nous verbalisons ce que nous observons chez Agnès. En

nous appuyant sur son état tonique, ses mimiques, son regard, nous lui prêtons des mots, nous nous appuyons sur nos perceptions pour tenter de décrypter, de comprendre son vécu. Nous tentons d'apporter du signifiant à un comportement que nous observons. C'est ce que Bion (Gatecel et al., 2015) décrit avec la notion de fonction alpha. L'adulte transforme les éprouvés bruts (élément bêta) en les rendant signifiants, compréhensibles et assimilables par l'appareil psychique du bébé. Cette fonction constitue la première forme de travail de représentation. À travers ces verbalisations, nous tentons d'éclairer les propres éprouvés d'Agnès, d'organiser ses probables impressions corporelles pour qu'elle puisse se comprendre, elle-même, et se représenter. En effet, je me suis longtemps questionnée sur les représentations qu'Agnès a d'elle-même, et de son corps. Qu'est-ce qu'elle comprend des éléments symboliques qu'on lui amène ? Nous ne pouvons pas savoir précisément ce qui l'en est de la qualité de son processus de symbolisation, n'ayant que très peu de retour verbal de sa part. Néanmoins, nous essayons, sur un rythme lent, et à force de répétitions de soutenir les processus de représentation d'Agnès.

Il arrive ainsi, dans les séances d'accompagnement en balnéothérapie que la psychomotricienne vienne toucher, mobiliser les pieds d'Agnès pendant que je le décris verbalement. Agnès perçoit une double information sensorielle, à la fois tactile et auditive, médiatisée et transformée par mes impressions. On peut rapprocher cette action du processus de comodalité, que nous évoque (Golse, 2011, p.29): « comodalisation perceptive ne peut se faire, en effet, que si les différents flux sensoriels s'avèrent mis en *rythmes compatibles* ». En se plaçant sur plusieurs sens à la fois, nous offrons à Agnès une double information dans une même temporalité, favorisant l'analogie entre la sensation et la perception. Par cette comodalité, nous la soutenons dans la représentation de son corps.

3.4. Les spécificités de l'accompagnement par le psychomotricien

Pour (Brun, 2006), la construction de l'habitation corporelle repose sur deux principaux processus : l'accession à différentes informations sensorielles, celles-ci étant soutenues par le milieu humain. Ainsi, elle nous évoque « la part non-dite » des messages que l'enfant reçoit. Le bébé n'ayant premièrement pas accès au langage, les premières communications se font sur le plan corporel. C'est ainsi à travers le dialogue tonique, tout comme le holding et handling définis par Winnicott que le bébé communique premièrement avec son environnement. Dans le cadre de la clinique du polyhandicap, les

capacités de communication verbale des sujets sont souvent limitées, déficitaires, voire absentes pour certains. Dans l'accompagnement du sujet polyhandicapé, il apparaît donc essentiel de ne pas se placer uniquement sur un mode verbal, mais de l'associer à une communication corporelle. La place du corporel dans les messages transmis occupe toujours une grande place. C'est ainsi ce que décrit (Brun, 2006) avec la notion de « part non dite des messages » : une grande partie des messages passent, indépendamment de notre volonté, sur un plan corporel et sont teintés de nos désirs et éprouvés les plus profonds. Il est néanmoins nécessaire de penser cet aspect corporel, de le conscientiser.

C'est ce qui est proposé dans le soin. Comme l'annonce (Lesage, 2000) : « il ne s'agit pas de « faire comme on le sent », mais de s'efforcer de sentir ce qu'on fait, de donner à sentir en sentant ce que l'on donne » . L'accompagnement du sujet relève alors d'un véritable travail d'élaboration, effectué rétrospectivement par le psychomotricien. (Pireyre, 2021c) évoque en ce point ce qu'il nomme « l'engagement ou l'implication corporelle du psychomotricien » (p.120). Le psychomotricien utilise son propre corps pour décrypter les émotions et éprouvés corporels du patient, s'appuyant de ce fait sur son langage infra-verbal. Il fait de son corps un véritable outil, une interface modulable, et malléable que nous mettons au service de l'autre. Ainsi, « les perceptions, les sentiments et le dialogue tonique sont les outils de référence. Ils permettent de saisir en partie le monde intérieur du patient. Ils facilitent la communication même quand peu de canaux sont disponibles » (Pireyre, 2021a). Cette pratique demande au psychomotricien une attention accrue, une observation précise et continue des moindres modifications de la situation. Par l'analyse permanente de ses émotions et attitudes, le psychomotricien accompagne la prise de conscience du corps et des émotions. (Pireyre, 2021c). Or, cette conscience du corps fait partie intégrante du processus d'habitation corporelle. Cette prise de conscience du corps est ici amenée par l'autre, et plus particulièrement par le psychomotricien :

Se penser dans son corps, se connaître dans son propre corps, le gouverner en conscience et se laisser « habiter » par lui [...] est d'un autre registre, celui de la pensée réflexive qui nécessite d'une sorte de narration. [...]. Celle-ci est proposée le plus souvent d'abord par le thérapeute. (Latour, 2021, p.74).

Nous y travaillons avec Agnès lorsque nous partageons le portage en balnéothérapie. Lors de l'entrée dans l'eau, la rigidité d'Agnès me saisit, corporellement, aussi bien que psychiquement. Je partage son inconfort, en me projetant dans sa rigidité,

dans les faibles capacités de mobilités dont elle dispose au moment présent. Mon corps tout entier se mobilise, comme pour comprendre ce que vit Agnès. Lors du portage, je prends conscience de mon état tonique : je suis moi aussi rigide. Je me décide donc à souffler, effectuer de petits mouvements pour me relâcher corporellement, comme psychiquement d'ailleurs. Je m'efforce ici de sentir ce que je fais, pour reprendre les propos de Lesage (2000). Progressivement, j'observe la tonicité d'Agnès diminuer, le dialogue tonique se mettant en place. Je laisse du temps de silence, pour qu'Agnès puisse pleinement expérimenter et intégrer cette expérience, avant de verbaliser le changement observé. J'offre alors la possibilité à Agnès de « se penser dans son corps » (Latour, 2021).

Ainsi, l'environnement occupe une place prépondérante dans le soutien du processus d'habitation corporelle du sujet polyhandicapé. Occupant successivement différents rôles, le psychomotricien favorise le maintien d'un contenant corporo-psychique stable, unifié chez le sujet polyhandicapé. Il vient ainsi soutenir les possibilités d'expérimentation sur le plan sensori-moteur et leur appropriation. En outre, le professionnel vient mobiliser les capacités de représentations, et de conscientisation corporelle du sujet accompagné. Par tous ces processus, le psychomotricien cherche à rendre acteur la personne qu'il accompagne, pour qu'elle puisse pleinement habiter son corps.

Ainsi, il apparaît que l'avènement de toutes ces expériences sensori-motrices, soutenues par l'autre et permises par l'eau offrent à Agnès la possibilité de s'éprouver elle, en tant qu'individu différencié. Néanmoins, il est tout à fait imaginable, d'accompagner la personne dans son habitation corporelle dans un autre milieu, comme nous avons pu le débiter sur des temps plus informels.

Agnès, à la fin des séances en milieu aquatique semble habiter son corps, d'une façon plus éclairée qu'auparavant. Elle habite son corps, là où il lui semblait étranger, peut-être limitant du fait de la douleur, des entraves qu'elle rencontre. Agnès a pu expérimenter son corps, activement s'éprouver, s'approprier, mais aussi goûter au plaisir et à la liberté de se mouvoir, de sentir. Ces éléments ne sont pas si loin du terme de « détente », entendu par Mortamet (2021). Ainsi, bien au-delà des objectifs de relâchement corporels, Agnès semble ici s'être (re)trouvée, (re)mobilisée : elle est là, dans son corps. Nous, professionnels avons participé à ce processus, qui je l'espère perdurera dans son

quotidien. L'eau est ici apparu comme un véritable support, sur lequel une grande partie du travail s'est appuyé. Néanmoins, il est tout à fait imaginable, d'accompagner la personne dans son habitation corporelle dans un autre milieu.

CONCLUSION

Conclusion

Écrire un mémoire entier sur le polyhandicap ? Jamais ! Voilà ce que j'aurais répondu à une personne qui m'aurait proposé cette idée lors de ma première année de psychomotricité. À l'image de ce mémoire et des réflexions y étant consignées : j'ai évolué. Lorsque je m'engage dans ce stage auprès d'adultes en situation de handicap, mes premières réactions sont de l'ordre de l'incompréhension. Face à toutes ces limitations et déficiences, je me questionne sur la manière dont ils appréhendent leur corps. Quelles connaissances en ont-ils ? Comment l'éprouvent-ils ? Comment l'habitent-ils ?

C'est à partir de ces premiers questionnements que découle ce travail de réflexion et d'élaboration de cet écrit. Habiter son corps est un phénomène complexe, un processus universel auquel chacun de nous est confronté au quotidien. Chacun tente continuellement d'habiter son corps, selon ses particularités et limitations. Pour cela, l'individu doit recouvrir un certain nombre de processus complexes : de l'appropriation de ses expériences sensori-motrices, à l'édification d'une zone habitable, en passant par une présence à son corps et ses sensations, l'individu doit être soutenu par son environnement proche dans la réalisation de toutes ces étapes. Ce processus n'est pas aisé, notamment dans la clinique du polyhandicap. Il est pourtant essentiel pour parvenir à garder une certaine continuité, une cohérence dans ces perceptions de son corps à soi, comme unifié. Habiter son corps, est un acte, n'étant pas toujours aisé, notamment dans la clinique du polyhandicap.

C'est à travers ma rencontre avec Agnès, résidente polyhandicapée, que je décide de mettre en lumière cette question d'habitation corporelle. Au regard des moyens corporels, intellectuels et environnementaux dont elle dispose, Agnès habite son corps et tente de l'habiter continuellement de manière la plus confortable possible. Néanmoins, ce processus est mis à mal par la déstabilisation permanente provoquée par les éléments internes (douleurs...) comme externes (changement de milieu...). Face à son corps qui semble parfois lui échapper, la psychomotricienne et moi-même avons cherché à proposer à Agnès des éléments sur lesquels s'appuyer pour soutenir son habitation corporelle. Prenant ainsi appui sur la médiation aquatique, nous avons veillé à lui proposer diverses expériences sensori-motrices, lui permettant de s'éprouver et de s'approprier activement. Par ailleurs, nous lui avons proposé divers appuis sensorimoteurs autant que psychiques

par notre présence, lui permettant d'expérimenter et de prendre conscience des sensations lui parvenant. Ces éléments, fondements du processus d'habitation corporelle paraissent indispensables pour se retrouver soi, se remobiliser. Cette « zone habitable », espace investi comme « à soi » devient alors un appui pour pleinement expérimenter au niveau sensori-moteur. En outre, le milieu humain supporte, étaye pour que le sujet puisse pleinement s'éprouver, s'approprier, mais aussi se mouvoir et se sentir. Ainsi, l'accompagnement psychomoteur permettrait au sujet de se retrouver, de se remobiliser, pour pouvoir pleinement dire « Moi-Je ». Cette prise en charge pourrait de ce fait s'inscrire dans le projet pluridisciplinaire du sujet, offrant une cohérence et une continuité dans les différentes expériences vécues.

Ce travail de réflexion et d'élaboration m'a réellement permis de me plonger dans les soubassements de la psychomotricité. Construire une pensée globale de l'individu, une véritable réflexion psychomotrice n'est pas chose aisée. Tout comme Agnès, mes expériences et l'acquisition de mes compétences s'appuient sur le milieu qui m'entoure. Ainsi, mes maîtres de stage, me fournissant confiance, disponibilité et conseils, me soutiennent considérablement dans l'expérience débutée il y a maintenant trois ans : devenir psychomotricienne.

Devenir psychomotricien est un cheminement, nécessitant un travail sur soi, ses postures et réflexions. Durant ces trois années de formation, j'ai appris à me connaître moi, Joséphine. J'ai appris à me découvrir et me comprendre aussi bien en tant qu'étudiante en psychomotricité et future professionnelle qu'en tant qu'individu. Au regard de ce cheminement personnel interne, prenant appui sur une multitude de supports pratiques et théoriques, le travail amorcé avec Agnès en psychomotricité l'amène à se découvrir elle, à se penser en tant qu'individu. Ainsi, Agnès semble parfois venir questionner son identité. Au-delà d'être polyhandicapée, qui est-elle en tant que femme ? Dans le cadre intimiste de la balnéothérapie, c'est ainsi qu'Agnès prenant appui sur les femmes qui l'entourent, leurs corps et leurs ressentis, amène et questionne la notion d'identité sexuée et sexuelle. Ainsi, comment nous, psychomotriciens appréhendons-nous cette notion ? Comment penser cette question sous un angle psychomoteur ? Cela pourrait éventuellement être l'objet de la poursuite du travail en psychomotricité.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

APF. (2017). *Le polyhandicap*. <https://www.apf-francehandicap.org/polyhandicap-1556>

Berthoz, A. (2016). Le vrai à l'aune de la perception. *Sigila*, 38(2), 25-36.

<https://doi.org/10.3917/sigila.038.0025>

Borghini, A. (2015). Approche sensorimotrice et théorie de l'attachement : Au cœur du dialogue tonique. *Enfance*, 4(4), 501-512. <https://doi.org/10.3917/enf1.154.0501>

Brun, D. (2006). Avant-Propos. Habiter son corps. *Recherches en psychanalyse*, 6(2), 7-10. <https://doi.org/10.3917/rep.006.0007>

Bullinger, A. (2010). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars- Un parcours de recherche*. Érès.

Chadzynski, D. (2019). 14. Bilan sensori-moteur A. Bullinger en psychomotricité. En deçà du mouvement, les modulations toniques et les flux sensoriels. In C. Potel, *Être psychomotricien* (p. 261-279). Érès.

CNRTL. (2023). Habiter. In *CNRTL*. <https://www.cnrtl.fr/definition/habiter>

Dejours, C. (2009). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique*, 85(3), 227-234. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8503.0227>

Delion, P. (2007). Préface. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 7-20). Érès.

Derouette, C. (2020). *Le polyhandicap au quotidien*. ESF Editeur.

Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Moyano, O., Scialom, P., Corraze, J., & Giromini, F. (2015). Chapitre 9 : La relation en psychomotricité. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Vol. 1-Concepts fondamentaux, p. 327-353). De Boeck-Solal.

- George-Jeanet, L. (2002). *Le polyhandicap*.
[https://www.cesap.asso.fr/images/_fichiers/Bibliographie_Dr_L_G-
J/Dr%20Georges-Janet%20Lucile%202002%20Le%20Polyhandicap.pdf](https://www.cesap.asso.fr/images/_fichiers/Bibliographie_Dr_L_G-J/Dr%20Georges-Janet%20Lucile%202002%20Le%20Polyhandicap.pdf)
- George-Jeanet, L. (2021). Chapitre 3. Que savons-nous de l'appréhension du monde par la personne polyhandicapée ? De quel monde s'agit-il ? In *La personne polyhandicapée: Vol. 2e éd.* (p. 107-118). Dunod.
- Golse, B. (2011). Des sens au sens. La place de la sensorialité dans le cours du développement. *Spirale*, 57(1), 95-108. <https://doi.org/10.3917/spi.057.0095>
- Goumas, J., Grimont-Rolland, É., & Lambicchi, S. (2014). Approche sensorimotrice de la prise en charge d'un jeune avec polyhandicap douloureux. *Enfance*, 2(2), (p.159-169). <https://doi.org/10.3917/enf1.142.0159>
- Grimont-Rolland, É. (2021). Chapitre 52. La douleur de la personne polyhandicapée. Comment la reconnaître, l'évaluer et la traiter ? In P. Camberlein & G. Ponsot, *La personne polyhandicapée: Vol. 2e éd.* (p. 949-960). Dunod.
- HAS. (2020). *L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215404/fr/l-
accompagnement-de-la-personne-polyhandicapee-dans-sa-specificite](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215404/fr/l-accompagnement-de-la-personne-polyhandicapee-dans-sa-specificite)
- Jeannerod, M. (2009). La conscience minimale de soi. In *Le cerveau volontaire* (p. 203-224). Odile Jacob.
- Joly, F. (2011). Le développement psychomoteur : Un paradigme pour la psychopathologie du xxie siècle. *Contraste*, 34-35(1-2), (p. 213-235).
<https://doi.org/10.3917/cont.034.0213>
- Korff-Sausse, S. (1996). « ça n'arrive qu'aux autres »- Les parents médusés. In *Le Miroir Brisé, l'enfant handicapé sa famille et le psychanalyste* (p. 33 à 54). Calmann Levy.

- Larousse. (2023a). Définitions : Habiter, être habité—Dictionnaire de français Larousse. In *Dictionnaire de français Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/habiter/38780>
- Larousse, É. (2023b). Définitions : Dialogue - Dictionnaire de français Larousse. In *Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dialogue/25188>
- Latour, A.-M. (2021). Intégration sensori-motrice et symbolisation primaire. In C. Potel & A.-M. Latour, *Dans l'eau : Pour une psychomotricité aquatique : Théories et cliniques* (p. 69-84). In Press.
- Lesage, B. (2000). Abords des personnes polyhandicapées. *Les cahiers de l'Actif*, 286-287, (p. 93-103).
- Lesage, B. (2012a). Corps et psychisme, une relation d'étayage. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle: Structre, étayage, mouvement et relation* (p. 17-35). Érès.
- Lesage, B. (2012b). Sentir, Nommer, Symboliser : Un travail de conscience corporelle. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 221-240). Érès.
- Lesage, B. (2021). Corporel, psychocorporel et médiations. In *Un corps à construire* (p. 27-67). Érès.
- Martinet-Sutter, M. (2022). La fonction proprioceptive. Comment j'ai grandi à l'hôpital : Gian, Ana, Stan racontent.... In ABSM & A. Bullinger, *La fonction proprioceptive* (p. 39-83). Érès.
- Mortamet, D. (2021). Du côté du portage : La médiation aquatique. In C. Potel & A.-M. Latour, *Dans l'eau- Pour une pratique psychomotrice aquatique : Théories et cliniques* (p. 87 à 105). Edition in press.
- Munoz, G. (2003). Adultes Polyhandicapés : Quand la rencontre ne va pas de soi. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 133, (p.62-69).

- Munoz, G. (2013). *Le polyhandicap : Une problématique psychomotrice existentielle*. 176, (p. 20 à 33).
- Munoz, G. (2018). Chapitre 6. Le Polyhandicap, agglomérat de déficiences ou organisation spécifique ? In F. Joly & M. Rodriguez, *Corps et Psychopathologie* (p. 163-178). In Press.
- Pes, J.-P. (2008). La conscience corporelle chez l'enfant ou le temps vécu. *Sens public*.
<https://doi.org/10.7202/1064400ar>
- Pfister, G. (2002). Personnes polyhandicapées : Pour une approche palliative de la douleur. *InfoKara*, 17(3), 100-102. <https://doi.org/10.3917/inka.023.0100>
- Pireyre, É. W. (2021a). Chapitre 1 : Définitions. In *Clinique de l'image du corps* (p. 1-32). Dunod.
- Pireyre, É. W. (2021b). Chapitre 16. Prise de conscience du corps et affects : Une certaine théorie de la psychomotricité. In *Clinique de l'image du corps: Vol. 3e éd.* (p. 207-218). Dunod. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-p-207.htm>
- Pireyre, É. W. (2021c). Les compétences communicationnelles du corps. In *Clinique de l'image du corps* (3e édition, p. 109 à 121). Dunod.
- Ponsot, G., & Boutin, A.-M. (2021). Chapitre 1. Le polyhandicap : Une situation particulière de handicap. In G. Ponsot & P. Camberlein, *La personne polyhandicapée: Vol. 2e éd.* (p. 73-92). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.colle.2021.01.0073>
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien- un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès.
- Potel, C., & Latour, A.-M. (2021). *Dans l'eau : Pour une psychomotricité aquatique : théories et cliniques*. Éditions In Press.

- Robert-Ouvray, S., & Servant-Labval, A. (2011). Chapitre 5 : Le tonus et la tonicité. In P. Scialom, F. Canchy-Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (Vol. 1). Solal.
- Rodriguez, M. (2019). 9. Les troubles psychomoteurs : Plaidoyer pour une pensée complexe. In M. Rodriguez, *Être psychomotricien* (p. 155-199). Érès.
- Rofidal, T., & Pagano, C. (2018). Le polyhandicap, définitions et singularité. In T. Rofidal & C. Pagano, *Projet individuel et Stimulation basale®* (p. 41-56). Érès.
<https://www.cairn.info/projet-individuel-et-stimulation-basale--9782749257266-p-41.htm>
- Ruiz Cifuentes, T. (2022). Chapitre 18. L'apport de la psychomotricité auprès d'enfants déficients intellectuels. In A. Valentin-Lefranc & A. Gatecel, *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Vol. 2e Éd.* (p. 197-209). Dunod.
- Saulus, G. (2008). Modèle structural du polyhandicap, ou : Comment le polyhandicap vient-il aux enfants ? *La psychiatrie de l'enfant*, 51(1), 153-191.
<https://doi.org/10.3917/psy.511.0153>
- Svendsen, F.-A. (2021). Chapitre 54. La poursuite de soins soutenus, une nécessité pour la personne polyhandicapée adulte. In G. Ponsot & P. Camberlein, *La personne polyhandicapée: Vol. 2e éd.* (p. 979-991). Dunod.
- Tourette, C., & Guidetti, M. (1995). Chapitre 1 : Les auteurs, les théories et les méthodes. In *Introduction à la psychologie du développement. Du bébé à l'adolescent* (p. 9-27). Armand Colin.
- Tréca, M.-C., & Bidault, H. (2015). Développement cognitif. In B. Golse, *Le développement affectif et cognitif de l'enfant* (p. 150-172). Elsevier Masson.
- Winnicott, D. W. (2010). La relation d'une mère à son bébé au tout début. In *La famille suffisamment bonne* (p. 9-18). Payot-Rivages.

TABLE DES ANNEXES

Table des Annexes

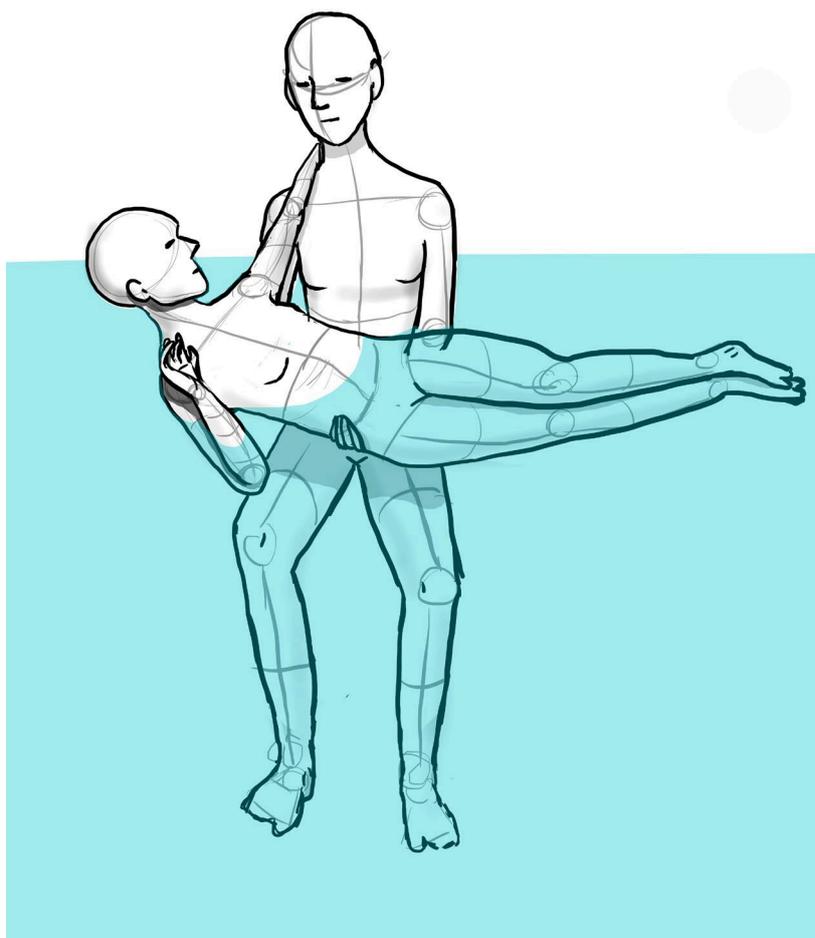
Annexe 1 : Croquis d'une situation de portage

Annexe 2 : Croquis d'une situation de portage, après ajustement

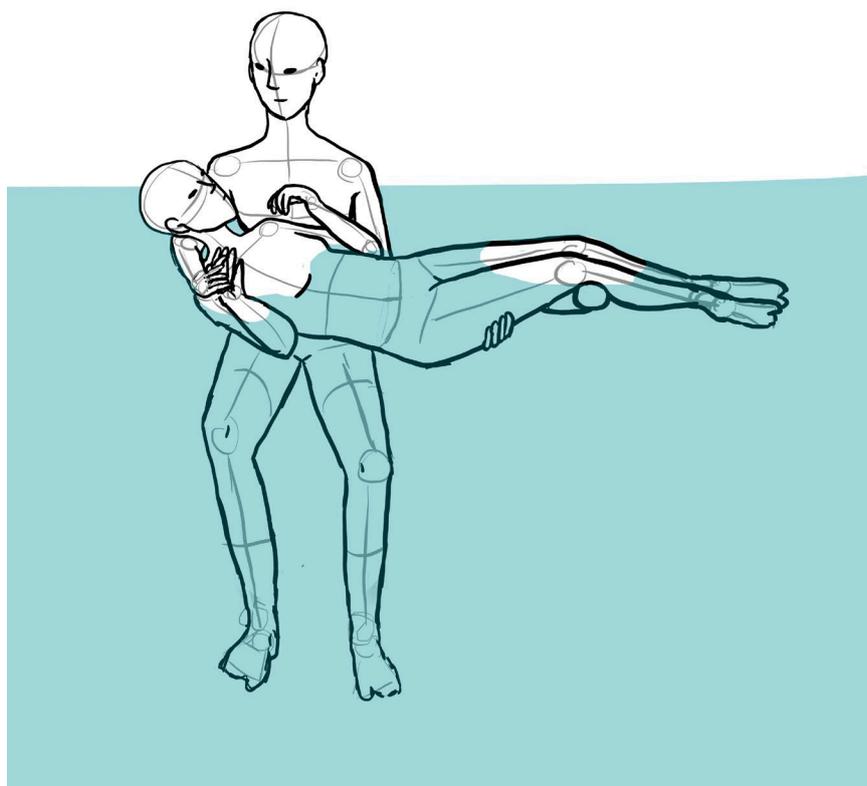
Annexe 3 : Composantes de l'équilibre sensori-tonique de Bullinger

Annexes

Annexe 1 : Croquis d'une situation de portage



Annexe 2 : Croquis d'une situation de portage, après ajustement.



L'ÉQUILIBRE SENSORI-TONIQUE

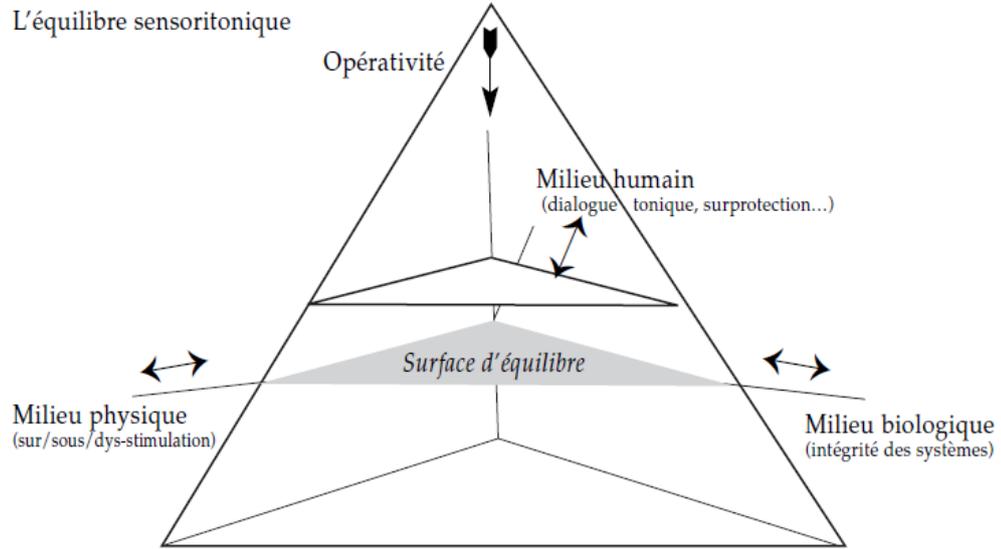


Figure 1. Composantes de l'équilibre sensori-tonique.

Vu le recense de memoire
Darius HORGATTE
le 10 Mai 2023

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Horgatte', written in a cursive style.

Auteur : Joséphine HACQUES

Titre : **Un corps habité** : L'accompagnement psychomoteur au soutien de l'habitation corporelle du sujet polyhandicapé

Mots - clés

Polyhandicap- Habiter son corps- Appropriation corporelle- Sensori-motricité-
Conscience corporelle- Psychomotricité- Médiation aquatique

Profound Intellectual and Multiple Disabilities- Bodily habitation- Body
appropriation- sensorimotor- Psychomotor Therapy- Aquatic mediation

Résumé :

Dans la clinique du polyhandicap, la rencontre avec les sujets polyhandicapés est souvent marquante. Leur corps est marqué par d'importants troubles et limitations entravant un certain nombre de possibilités au quotidien. Je m'interroge rapidement sur la qualité de leurs vécus corporels. Comment ressentent-ils et s'approprient-ils leur corps ? Et plus globalement, comment l'habitent-ils ? Pendant ce stage, je rencontre Agnès, résidente polyhandicapée, dans le cadre d'un accompagnement en médiation aquatique. C'est à travers cette rencontre que je tenterai de répondre à la question suivante : Dans quelle mesure l'accompagnement en psychomotricité vient-il soutenir l'habitation corporelle du sujet polyhandicapé ?

The clinical characteristics of Profound Intellectual and Multiple Disabilities are often gripping: The fact their bodies present significant disorders and limitations that impede many of their daily activities made me wonder about the quality of their bodily experiences. How do they feel and appropriate their own bodies? And more generally, how do they inhabit it? As part of my internship, I met Agnès, a residing patient with multiple disabilities. The clinical part of this thesis is particularly based on the sessions proposed in aquatic mediation. Meeting this patient raised the following question: To what extent can psychomotor therapy support the bodily habitation of a person with multiple disabilities?