



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

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



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

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

L'implication corporelle du psychomotricien auprès de l'enfant
polytraumatisé : quand la relation étaye la récupération

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

Par : Lisa CLAUDEL-ENGILBERGE

Juin 2021 (Session 1)

N°1618

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 Xavier PERROT

L'implication corporelle du psychomotricien auprès de l'enfant
polytraumatisé : quand la relation étaye la récupération

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

Par : Lisa CLAUDEL-ENGILBERGE

Juin 2021 (Session 1)

N°1618

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1.1 Secteur Santé :

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

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

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

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

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. BURILLON Carole**

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

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

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

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

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

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

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

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

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

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAY
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

Remerciements

Je remercie en premier lieu ma maîtresse de mémoire, Florence Fleury, d'avoir été disponible lors de chacune de mes sollicitations, d'avoir suivi de près l'évolution de mon travail et de m'avoir aiguillée tout au long de l'année.

Merci aussi à Laurence, ma maîtresse de stage, d'avoir éclairé mes questionnements et d'avoir su me faire relativiser quant à cette dernière année d'étude pleine d'incertitudes.

Je remercie les étudiants de ma promotion, notamment ceux du groupe 2, pour leurs conseils qui m'ont permis d'avancer dans ma réflexion.

Merci à mes amies « psycho'potes », notamment Alexine et Emma pour le soutien infailible qu'elles ont su m'apporter. Mais aussi pour les moments précieux de partage et de relâchement dont elles m'ont fait profiter (avec respect des gestes barrières), au cours de cette année pour le moins restrictive.

Je transmets également un grand merci à mes proches, particulièrement Nathalie et Romain, qui ont supporté avec patience mes nombreux sauts d'humeurs.

Je remercie tous les psychomotriciens et patients que j'ai rencontré au cours de ma formation et qui ont participé à ma construction en tant que psychomotricienne.

Enfin, je remercie toutes les personnes ayant pris le temps de relire ce travail et qui m'ont poussé, de près ou de loin, à améliorer autant que possible cet écrit.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
PARTIE CLINIQUE.....	3
1. L’histoire de Nino	3
1.1 Présentation de Nino et de son développement.....	3
1.2 De l’accident au polytraumatisme.....	3
1.3 Prise en charge précoce.....	3
1.4 Prises en charges ultérieures et quotidien de Nino.....	4
1.5 La famille de Nino	5
2. Cadre du stage	6
3. Observations psychomotrices et projet de soin.....	6
4. Mes premières représentations concernant Nino	8
5. La première rencontre	9
6. Ré-explore les grandes acquisitions précédant la marche.....	13
6.1 Le retournement	15
6.2 Le ramper	15
6.3 Le repousser	15
6.4 Le 4 pattes	16
6.5 La marche sur les genoux.....	16
6.6 Le passage en position debout.....	16
6.7 La marche.....	17
7. Notre corps comme soutien dans la récupération de la marche	18
7.1 L’imitation.....	18
7.2 Un appui sûr et contenant	19
7.3 Le dialogue tonico-émotionnel : jeu et émotions positives.....	21
PARTIE THÉORIQUE.....	23
1. La marche : aspects développementaux et psycho-affectifs	23

1.1	La marche dans le développement de l'enfant.....	23
1.2	Dimensions psycho-affectives de la marche : la construction de l'axe.....	25
2.	Le polytraumatisme.....	27
2.1	Définition et épidémiologie.....	27
2.2	Conséquence du polytraumatisme sur la marche : l'impact de la spasticité.....	28
2.3	Prise en charge de l'enfant et sa famille.....	30
2.3.1	Les premiers soins.....	30
2.3.2	Vécu familial, annonce du handicap et retour à domicile.....	30
2.3.3	La rééducation psychomotrice.....	32
3.	L'étayage de la psychomotricité.....	33
3.1	Le corps : histoire d'un outil de travail.....	33
3.1.1	Le dialogue tonico-émotionnel.....	36
3.1.2	L'imitation.....	38
3.2.	La fonction d'étayage.....	41
3.2.1	Approche éducative.....	41
3.2.2	Le soutien psychomoteur.....	43
3.2.3	Portage et contenance psychique.....	44
	PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....	47
1.	Le corps accidenté.....	47
1.1	Précision sur le retard posturo-moteur et locomoteur de Nino.....	47
1.2	Le temps de l'accident : corps et identité.....	48
1.2.1	La séparation, entre corps et hospitalisation.....	49
1.2.2	Un nouveau Nino ?.....	51
1.2	Retour sur la perte de la marche autonome.....	52
1.2.1	Une source d'insécurité.....	52
1.2.2	La régression, un outil de réassurance.....	53
1.2.3	L'exploration de la marche en séance : illustration clinique.....	54

2. La motricité en relation, un étayage dans la récupération.....	56
2.1 Un outil de compréhension du patient et de son vécu.....	57
2.2 Une source d'apprentissage moteur	58
2.2.1 Guidance manuelle et imitation.....	58
2.2.2 Quand le plaisir facilite l'apprentissage	60
2.3 Un support de développement psychique.....	63
2.3.1 S'imiter pour se différencier	63
2.3.2 Une implication contenante qui soutient l'autonomie.....	64
3. S'impliquer oui, mais jusqu'où ?	68
3.1 Trouver la bonne dose d'implication, quelle est la recette ?.....	68
3.2 Notre implication corporelle au service du maintien du cadre.....	69
3.3 Évolution de nos liens avec la famille de Nino, le « petit tyran ».....	71
CONCLUSION	74
Bibliographie.....	

INTRODUCTION

Ces trois années d'études en psychomotricité ont été riches de découvertes. La mise en lumière de mon fonctionnement personnel, l'expérimentation de diverses médiations, les cours théoriques et pratiques ainsi que les stages auprès de différents types de patients m'ont permis, progressivement, de façonner mon positionnement professionnel et de saisir le sens du métier de psychomotricien.

J'ai pu constater à quel point m'impliquer dans cette formation, et notamment en stage, m'a demandé beaucoup d'énergie. Je m'entends encore dire à mes proches les mots suivants : « C'est fatigant, il faut tellement s'impliquer ! ». Je rentrais chez moi souvent « vidée » de mes journées de stage. Bien sûr, je ne considère pas cette fatigue comme une sensation négative. Mais ce ressenti a été le déclencheur de nombreux questionnements à propos de mon implication en séance de psychomotricité. En effet, j'ai rapidement identifié que cette fatigue plus ou moins intense que je ressentais en fin de journée venait témoigner de mon implication auprès des patients que je rencontrais. Cette année, ce constat a été particulièrement mis en lumière durant mon stage en cabinet libéral, lors duquel j'ai rencontré un patient que je nommerai Nino.

Cet enfant, âgé de 3 ans, m'a d'abord interpellée par son histoire de vie : victime d'un accident de la circulation, Nino a été polytraumatisé et présente maintenant un retard psychomoteur important. Il s'agit de l'aider à retrouver une construction psychomotrice harmonieuse.

Loin d'être pesante, mon implication auprès de cet enfant a tout de suite été une source de plaisir pour moi. Au-delà de cette histoire de vie tragique, les séances avec Nino se déroulent avec un plaisir certain, de mon côté comme du sien. Mais comment expliquer la présence de cette humeur positive en séance de psychomotricité ? Engager une « motricité en relation » auprès de cet enfant m'a semblé être une des réponses à cette question. S'impliquer, être présent corporellement auprès de lui, faire à deux et jouer avec l'imitation semblait favoriser le plaisir de la mise en mouvement. Contre toute attente, les séances avec cet enfant se déroulent dans une bonne humeur évidente, soutenue par le plaisir de « faire ensemble ».

J'ai alors été animée par le questionnement suivant : En quoi la motricité en relation est-elle une source de plaisir favorisant la récupération psychomotrice de cet enfant ?

La notion de soutien, « d'étayage » m'a paru évidente auprès de ce patient en grande difficulté sur le plan de l'autonomie. Il était clair que nous utilisions notre implication corporelle comme un support, un étayage garantissant le plaisir de Nino dans ses explorations. Je remarquais alors une des spécificités du psychomotricien : utiliser la relation corporelle comme un outil de travail. Finalement, une fois ce constat fait, ma réflexion semblait se porter au-delà de la question du plaisir : certes, notre implication est source de plaisir en séance, mais que permet-elle d'autre ?

De multiples axes de réponses se sont progressivement dessinés au fil de cette prise en charge très large. Alors, afin de canaliser ma réflexion, j'ai pris le parti de centrer mon propos sur la mise en jeu de la motricité globale de Nino ; travail que nous réalisons dans le but qu'il récupère une des fonctions perdues lors de cet accident : la marche autonome.

C'est ainsi que j'ai entamé ce mémoire de fin d'étude au travers duquel je tenterai de répondre à la problématique suivante : *En quoi l'implication corporelle du psychomotricien constitue-t-elle un étayage dans la récupération de la marche autonome chez l'enfant polytraumatisé ?*

Cette question étant spécifique à la prise en charge de Nino, mon récit commencera par une partie clinique dans laquelle je présenterai cet enfant, son environnement et sa prise en charge en psychomotricité. J'exposerai ensuite mes observations cliniques illustrant le soutien qu'apporte notre implication corporelle à ce patient.

Ensuite, les hypothèses soulevées dans cette partie clinique seront illustrées théoriquement dans une deuxième partie. Je définirai alors les enjeux de la marche et du polytraumatisme. J'apporterai des précisions sur la place du corps en psychomotricité, et sur les modalités d'implication corporelle citées précédemment. Je finirai en apportant des éclairages théoriques sur une des notions clés de ma problématique : la fonction d'étayage.

Enfin, les éléments cliniques et théoriques ayant nourri ma réflexion tout au long de cet écrit seront synthétisés dans une partie théorico-clinique. Je reviendrai sur le vécu de Nino à la suite de l'accident, pour finalement exprimer clairement les axes de réponses à ma problématique. Je clôturerai mon propos par les limites que sous-tendent l'implication corporelle du psychomotricien.

PARTIE CLINIQUE

1. L'histoire de Nino

1.1 Présentation de Nino et de son développement

Nino est né en août 2017 et a 3 ans et 1 mois lorsque je le rencontre, en Septembre 2020 ; C'est un petit garçon aux cheveux bruns et courts, aux yeux marrons et aux joues bien rondes. Nino vit depuis toujours avec ses deux parents et son grand frère qui a maintenant 8 ans. Dans son développement, Nino a présenté des troubles de l'oralité avec une difficulté à quitter l'alimentation au biberon. Hormis cela, son développement psychomoteur a été harmonieux. Depuis ses premiers mois de vie, Nino est décrit comme un enfant joyeux et facile à vivre. Toutes les grandes compétences motrices, cognitives et relationnelles ont été acquises dans la moyenne d'âge attendue. Malheureusement, une rupture profonde dans son évolution est survenue en Juin 2019, date à laquelle Nino a été victime d'un accident de la circulation.

1.2 De l'accident au polytraumatisme

Nino avait donc 1an et 10 mois au moment de l'accident. Il était à cette période gardé par une assistante maternelle avec plusieurs autres enfants. Ce jour-là, Nino était dans sa poussette à la sortie de l'école primaire de son grand frère, accompagné de sa nourrice et d'un autre enfant. C'est à cet instant qu'un conducteur, sous l'emprise de stupéfiants, a perdu le contrôle de son véhicule et les a percutés tous les trois. Si la nourrice et l'autre enfant ont été légèrement blessés, Nino a, quant à lui, été projeté au sol sur une dizaine de mètres et a subi de nombreuses lésions : fracture de la clavicule, traumatisme crânien, diverses atteintes à la langue, à la pupille gauche, aux poumons et à la colonne vertébrale. Ces nombreuses blessures ont engagé le pronostic vital de Nino, faisant de lui un enfant polytraumatisé.

1.3 Prise en charge précoce

Étant donné la gravité de l'accident, Nino a immédiatement été pris en charge par les secours et emmené au centre hospitalier. Afin d'éviter une aggravation des différentes lésions, notamment cérébrales, Nino a été sédaté et plongé dans un coma artificiel pendant 4 jours.

À son réveil, il présente une paraparésie du bras droit associée à une héminégligence, un strabisme à l'œil gauche et une spasticité au niveau des membres inférieurs touchant les muscles adducteurs et extenseurs. Nino, qui avait un développement normal jusque-là, ne marche plus et ne parle plus. À la suite de cet événement, il a été hospitalisé à temps complet pendant 2 mois (jusqu'en août 2019). Il est ensuite retourné chez lui mais ses parents ont jugé ce retour trop précipité et ont demandé sa réhospitalisation jusqu'en décembre 2019. Tout au long de son hospitalisation, Nino a bénéficié au centre hospitalier de plusieurs prises en charges paramédicales : éducation spécialisée, orthophonie, ergothérapie et kinésithérapie.

1.4 Prises en charges ultérieures et quotidien de Nino

À la suite de son hospitalisation, Nino a continué à bénéficier des prises en charges paramédicales et médicales de l'hôpital. En janvier 2020, à la demande du médecin hospitalier, Nino a aussi commencé un suivi au cabinet libéral en psychomotricité. Le premier confinement a ensuite stoppé la totalité des soins paramédicaux qui n'ont repris qu'en septembre 2020.

Depuis septembre 2020, Nino est scolarisé en petite section uniquement les matins (sauf le jeudi où il ne va pas à l'école), et bénéficie de l'aide d'une Assistante de Vie Scolaire (AVS). Sur cette année scolaire 2020-2021, en plus de l'école, les semaines de Nino sont assez chargées et rythmées par de nombreuses prises en charge :

- Lundi : psychomotricité en libéral
- Mardi : kinésithérapie en libéral
- Jeudi matin : kinésithérapie-ergothérapie-orthophonie à l'hôpital
- Jeudi après-midi : orthophonie en libéral

Le fait d'avoir le même type de prise en charge à l'hôpital et en libéral s'explique par le fait que le suivi hospitalier touche à sa fin pour Nino. Il s'agit donc d'une période de transition vers le libéral.

Les suivis en kinésithérapie visent la récupération motrice, tandis que les deux orthophonistes traitent les troubles du langage et de l'oralité. La prise en charge en ergothérapie a permis de mettre en place de nombreuses adaptations pour Nino. En effet, il bénéficie d'une poussette spécialisée, d'un releveur du pied droit, de chaussures à coques, d'attelles permettant le redressement des pieds la nuit et d'un déambulateur.

Le suivi en psychomotricité sera détaillé ci-après.

Seul le père de Nino a repris le travail rapidement après l'accident de son fils. Sa mère est restée une longue période sans travailler puisqu'elle n'a repris son activité qu'en décembre 2020. Nino est gardé par sa nouvelle nourrice, que je nommerai Carole, 5 jours par semaine toute la journée. Son ancienne nourrice gardant les enfants à son propre domicile, elle n'a pas pu assurer la continuité de la garde de Nino après son accident. En effet, cet enfant nécessite une attention particulière qu'il aurait été trop compliqué de mettre en place en présence d'autres enfants. C'est donc maintenant Carole qui l'amène et le récupère à l'école, qui l'accompagne à ses rendez-vous et qui s'occupe de lui jusqu'en début de soirée. Nino est un enfant fatigable qui fait de longues siestes l'après-midi. Il aime aller à l'école, il a pu établir des liens avec deux enfants de sa classe et semble avoir de très bonnes relations avec son AVS. Nino prend beaucoup exemple sur son grand frère avec qui il aime énormément jouer et dont il nous parle très souvent.

1.5 La famille de Nino

Tous ces éléments d'anamnèse concernant Nino ont été recueillis au fur et à mesure par ma maître de stage, que je nommerai Florence, principalement auprès de la nourrice de Nino et de l'ergothérapeute du centre hospitalier. Florence a pu être en lien avec la mère de Nino en début de prise en charge, mais celle-ci n'a livré que très peu d'informations concernant son fils. En effet, elle n'a pas pu expliquer à Florence le contexte de l'accident, elle n'a répondu à ses questions que de façon très succincte et sans jamais réengager la conversation. Cette maman a bénéficié d'un suivi psychologique au centre hospitalier mais celui-ci ne lui a pas convenu et elle l'a stoppé rapidement.

Florence me dit avoir fait face à une maman sidérée par la situation, incapable de mettre des mots sur ce qui se passe. Rapidement, cette dernière n'est plus venue en séance et a été remplacée par Carole. Ainsi, Florence n'a maintenant que peu de contact avec elle : elle l'appelle environ tous les deux mois pour faire le point sur le suivi de Nino, mais cette maman reste toujours dans le même mode de relation. Nous avons été en contact une seule fois avec le père de Nino, je décrirai cette rencontre dans la troisième partie de mon écrit.

De ce fait, il a été difficile de récolter beaucoup d'informations concernant Nino, notamment sur sa vie avant l'accident et sur les premiers mois d'hospitalisation. De mon côté, je pose régulièrement des questions à Carole pendant les séances.

Celle-ci est réceptive et me donne toujours le plus d'éléments possible. Toutes les informations que j'ai pu récupérer sont donc présentes dans cet écrit.

Carole évoque une mère assez froide et qui, selon elle, ne fait pas toujours les choses de la bonne manière avec son fils. Cependant, elle trouve que la relation entre Nino et ses deux parents reste adaptée. Récemment, Carole nous a rapporté voir un changement chez la mère de cet enfant qui lui a proposé de lui montrer des vidéos de Nino avant son accident ; les choses semblent donc en évolution. Dans la mesure du possible, nous essayons avec Florence d'adapter notre position avec Carole afin de ne pas alimenter ce processus de « critique » de la maman, et d'inviter Carole à prendre tous les éléments en compte, à remettre les choses dans leur contexte afin de comprendre au mieux la situation de cette maman.

2. Cadre du stage

C'est dans le cadre de mon stage en cabinet libéral que j'ai rencontré Nino. Ma maître de stage, Florence, reçoit des patients de tout âge et présentant des troubles très variés. Elle propose des séances hebdomadaires de 45 minutes, au cabinet ou à domicile, à la suite desquelles un temps de discussion est toujours proposé aux parents qui le souhaitent. Lorsqu'on entre dans la salle de Florence, on découvre un espace spacieux et lumineux.

Au sol, un puzzle de six tapis bleus en mousse assez fine occupe le carré central de la pièce. En face de l'entrée, il y a de grandes fenêtres sur toute la longueur du mur. Ces fenêtres donnent sur la rue et sont occultées par de légers voiles verts. Sur la gauche, les placards aux portes coulissantes sont grands, ce qui permet d'y ranger la quasi-totalité du matériel ; seuls les modules en mousses sont placés le long des murs, sous les fenêtres.

Sur la droite, une cloison permet de fermer la partie bureau qui contient plusieurs fauteuils confortables pour les temps de discussion. Nous n'utilisons jamais cette partie de la salle avec Nino ; en effet, nous restons dans l'espace de jeu.

3. Observations psychomotrices et projet de soin

Comme dit précédemment, Florence a rencontré Nino en janvier 2020 sur la demande du médecin hospitalier, qui souhaitait que Nino bénéficie rapidement d'un suivi sur le long terme. Florence n'a pas effectué de bilan mais a pu me transmettre ses éléments d'observations.

Nino a 2 ans et 5 mois à cette époque, il arrive en séance avec une sonde naso-gastrique qui facilite son alimentation. Il porte également une couche en raison de son retard d'acquisition de la propreté. Florence observe un enfant très ralenti sur le plan moteur, il se déplace préférentiellement en marchant mais seulement avec l'appui de sa mère. Il demande sans cesse aux adultes de marcher tenu par la main et cela les épuise. Sa démarche est instable, il présente beaucoup de tensions et semble être en insécurité.

Nino est réticent à se déplacer au sol et le fait uniquement en « petit lapin » : il s'appuie sur ses mains et ramène ses genoux entre celles-ci. Son bras droit est très hypotonique, ce qui entraîne souvent des chutes qui semblent l'angoisser. En effet, il est apeuré lorsqu'il se retrouve en déséquilibre sur les modules, lorsqu'il risque de chuter.

Il ne manipule les objets qu'avec la main gauche et de façon rudimentaire. Nino ne parle pas. Il est très fatigable, pleure beaucoup et manifeste peu de plaisir.

Même s'il est difficile de savoir si tous ces comportements sont des conséquences de l'accident ou non, il est évident que Nino présente un retard psychomoteur global et que de nombreuses fonctions ont été atteintes lors de cet accident : motricité globale, motricité fine, cognition (langage), propreté, etc.

Ni l'hôpital, ni les parents ne souhaitaient un bilan écrit. Florence a donc transmis oralement à l'entourage familial et médical de Nino les conclusions de cette première rencontre. N'ayant pas de projet de soin écrit à ma disposition, voici l'analyse que j'ai pu élaborer au fil du suivi : L'objectif général en psychomotricité sera de soutenir Nino dans son développement psychomoteur afin qu'il récupère un maximum de capacités motrices, cognitives et relationnelles. L'objectif sera de proposer à Nino un cadre sécurisé, qui lui permettra d'accéder progressivement à l'autonomie en s'appropriant son corps dans sa globalité ; ceci sera travaillé par le biais de jeux sensori-moteurs.

Cet objectif est divisé en plusieurs parties qui sont en constante évolution au vu des progrès rapides de Nino. Ainsi, seront travaillés :

- La motricité globale afin de participer à la récupération de la marche en conduisant Nino à ré-explore toutes les grandes étapes du développement (retournements, rampé, 4 pattes, verticalisation etc...). C'est de cette partie du projet dont je parlerai principalement ici.
- La motricité fine et notamment le déliement digital de la main droite en proposant des stimulations sensorielles et des activités bi-manuelles.

-La réassurance en favorisant le plaisir sensori-moteur et en proposant une verbalisation des émotions et des difficultés.

-L'appropriation d'un vécu unifié et global du corps avec des temps d'enveloppement.

-La souplesse relationnelle en proposant des jeux de collaboration ; et en maintenant, lorsque cela est nécessaire, une posture ferme face à Nino qui lui permettra d'intégrer de façon sécurisée les limites du cadre. Cet axe de travail sera de plus en plus important au fil du suivi car Nino montrera davantage d'opposition.

Les séances permettront aussi de soutenir le travail mis en place autour des troubles du langage et de l'oralité en stimulant la sphère orale de Nino.

4. Mes premières représentations concernant Nino

Ayant rencontré Nino dès mon premier jour de stage, Florence et moi n'avions pas eu le temps d'échanger réellement au sujet de cet enfant avant son arrivée. J'étais uniquement informée de l'âge de Nino, du contexte de son accident et du fait qu'il présentait un gros retard psychomoteur. Ces quelques éléments ont engendré de nombreuses émotions et représentations avant de rencontrer Nino et Carole.

Tout d'abord, je suis plutôt surprise de rencontrer un enfant avec un tel parcours dans le cadre d'un stage en cabinet libéral. En effet, Nino me semble bien loin des problématiques que j'imaginai rencontrer dans ce type de structure (dyspraxies, agitation, troubles de l'écriture etc.). Je suis donc un peu anxieuse à l'idée de rencontrer cet enfant, qui me rappelle une fois de plus que le psychomotricien doit faire preuve de grandes capacités d'adaptation !

Je n'ai jamais eu l'occasion de faire de stage dans le milieu de la rééducation et je me demande alors comment aider cet enfant. Je mets mes compétences en doute et je me rends compte que je ne sais pas vraiment dans quelle direction aller, ni comment je vais devoir me positionner auprès de cet enfant.

Je m'imagine un petit garçon lourdement handicapé, avec un rythme très lent et auprès duquel il faudra beaucoup s'impliquer pour lui apporter tout le soutien nécessaire. J'imagine que chaque action doit être coûteuse pour lui et qu'il doit être très fatigable. J'imagine que cet accident l'a forcément traumatisé et je me demande alors comment redonner la joie de vivre à cet enfant. Je repense à mes stages auprès de patients lourdement handicapés et me rappelle la sensation de vide que certains avaient pu faire naître en moi.

En résumé, j'ai beaucoup de mal à aller au-delà de mes représentations du handicap dû à cet accident. Je peine à m'imaginer ce petit garçon en tant qu'individu, et pas seulement en tant qu'enfant polytraumatisé.

5. La première rencontre

Les séances se déroulent donc en présence de la nourrice de Nino. Durant cette prise en charge, c'est pour l'instant Florence qui décide des activités que nous proposons à cet enfant. De mon côté, je prends une place active en soutenant Nino dans ses explorations, en ajoutant des variations aux jeux et en participant aux conversations entre la nourrice et Florence.

Lorsque je rencontre Nino pour la première fois, mes premières représentations s'étiolent rapidement. À ma grande surprise, je vois en lui un petit garçon motivé et heureux d'être là. Quand il passe la porte dans sa poussette, il sourit et rit aux éclats. Il est habillé d'un pantalon de survêtement gris, de chaussettes à rayures blanches et bleues et d'un pull vert. Il est intrigué par ma présence et me jette des regards pétillants tout au long de la séance. Je réponds à ses regards, chacun de nous est souriant et il y a beaucoup de rires.

Afin de maintenir Nino dans cet élan positif, nous lui proposons des jeux qu'il a appréciés lors des séances précédentes. Nino dit maintenant quelques mots et il peut nous demander son jeu favori, le jeu de la maison : nous sortons alors le tunnel et fermons les deux entrées avec des couvertures, le tunnel devient une maison dans laquelle Nino entre et sort. Il ne semble plus avoir de difficultés à retourner au sol. De plus, ce jeu de coucou-caché provoque beaucoup d'excitation chez Nino, qui aime se faire désirer en restant caché dans le tunnel, et crier « sorti » une fois qu'il est dehors.

Pour communiquer avec lui, nous utilisons évidemment le langage verbal, mais je constate alors l'importance de la dimension infra-verbale.

Nous accompagnons sans cesse par nos gestes, nos mimiques, notre tonus, notre posture, notre voix (intonations, prosodie) et nos émotions les faits et gestes de Nino. Nous sommes toujours en mouvement avec lui, toujours impliquées corporellement auprès de lui.

Mais pourquoi mettons-nous autant d'énergie à soutenir Nino ? Quel est le but de cette implication ? Que se passerait-il si nous restions spectatrices des jeux de Nino ?

À la sortie du tunnel, un réel dialogue tonico-émotionnel se met en place. Nous nous accordons à lui en répétant « sortiii », en ouvrant grand les yeux et en levant les bras. Nino rit et nous aussi.

Je constate rapidement la bonne humeur dans laquelle se déroule cette prise en charge : aucun d'entre nous ne s'est départi de son sourire depuis le début de la séance. Qui est à l'origine de cette bonne humeur ? Y a-t-il autant de plaisir à chaque séance ou est-ce simplement une humeur passagère ? Quoi qu'il en soit, notre objectif est atteint : Nino se déplace dans le tunnel avec un plaisir évident, et il met en jeu sa motricité globale.

Si cette séance se déroule majoritairement de façon positive, Nino peut aussi manifester sa désapprobation à certains moments, notamment lors des changements de jeux : il crie, s'agite, dit « non », jette les objets. L'accident a-t-il plongé Nino dans une insécurité qui l'inquiète lors des transitions ? Ou la difficulté pour lui réside-t-elle dans le fait d'accepter les propositions de l'autre ? En effet, les proches de Nino, qui lui prêtent évidemment une attention particulière depuis cet accident, ont du mal à s'opposer à lui, ainsi Nino n'a-t-il peut-être que peu l'occasion d'expérimenter le « non » ; ou, tout simplement, Nino a 3 ans : ainsi, son opposition serait caractéristique de cette période du développement ?

Le climat de la séance change alors un instant et j'observe que Florence garde une posture ferme face à Nino en lui disant : « Je sais, j'ai compris que tu n'étais pas content mais c'est comme ça, nous allons changer de jeu, tu vas voir, ça va te plaire ». Il s'agit de reconnaître le vécu de Nino tout en lui expliquant calmement que nous ne changerons pas d'avis. Nino se calme alors et retrouve son sourire après quelques minutes. C'est comme si la tranquillité et la solidité de Florence l'avaient apaisé.

Carole nous rapporte que ces comportements sont fréquents à l'école et à la maison, et que l'entourage est assez démuni face à cela. Il est difficile pour moi de garder une posture ferme face à cet enfant au passé douloureux, mais je comprends qu'il s'agit d'un enjeu important dans le développement de Nino et que si le plaisir semble faciliter le travail avec Nino, il est essentiel de ne pas céder à toutes ses envies.

Je constate alors que Florence se base sur ce que Nino aime faire, puis essaye d'y apporter des variations plus ou moins progressives. J'observe que Nino joue à des jeux qui ne correspondent pas à son âge : il n'est jamais dans le jeu symbolique, ce qui pourrait être en lien avec son retard de langage ; ses jeux sont uniquement sensori-moteurs et il répète de nombreuses fois le même jeu comme pourrait le faire un tout petit ; peut-être a-t-il besoin de plus de répétition avant d'intégrer une situation sur le plan cognitif ?

Nous restons donc dans des jeux principalement moteurs et c'est à ce niveau que le retard de Nino m'a vraiment interpellée. De manière générale, ses mouvements sont lents et peu fluides et il ne se déplace qu'à 4 pattes. Sur le sol, Nino privilégie le 4 pattes en « petit lapin ». Cependant, lorsque nous lui proposons des jeux sur les modules ou dans le tunnel, ce mode de déplacement n'est plus possible pour lui puisque le sol ne glisse plus. Ainsi, pour passer dans sa maison-tunnel, Nino se retrouve contraint d'utiliser son 4 pattes controlatéral (il avance en même temps un membre supérieur et le membre inférieur opposé, et ainsi de suite). Si ses mouvements sont rapides et fluides dans le 4 pattes en lapin, le controlatéral semble lui demander plus d'efforts.

De manière générale, je constate que Nino préfère se tirer plutôt que de repousser le sol. J'imagine que cela pourrait être une conséquence de la spasticité qui empêcherait l'extension des jambes, entravant ainsi le repousser. Cette observation se retrouvera aussi dans le jeu de la montagne : nous plaçons un matelas sur deux modules de mousse en pente, Nino doit alors franchir la montagne d'un côté à l'autre. Là, il n'utilise pas l'accroche de ses orteils pour grimper mais préfère se hisser avec les bras.

De même, en fin de séance, nous proposons à Nino des jeux qui le conduisent à se mettre debout et à marcher, ce qu'il réalise, mais non sans difficultés : il tire sur ses bras et ne repousse que très peu le sol avec ses jambes. Une fois debout, Nino est figé. Il ne peut pas marcher sans appuis, Florence le fait donc marcher en le tenant par le bassin. J'observe alors les conséquences de la spasticité : il ne pose pas le talon, ses adducteurs sont contractés donc ses jambes sont serrées et ses pieds se posent l'un devant l'autre sur une même ligne, voire l'un sur l'autre. De plus, ses pieds sont en équin ce qui provoque un mouvement d'extension plantaire. Ceci, associé au valgus de cheville, perturbe la dépose à plat du talon.

Une fois que Nino s'est bien mis en mouvement de façon globale, nous introduisons aux jeux des petits objets comme aller chercher une balle dans le tunnel ou des figurines en haut de la montagne. Je constate que le tonus de son bras droit est maintenant normal mais que Nino utilise très peu ce bras et cette main droite dans les activités de préhension. Ceci s'explique sûrement par son ancienne paraparésie et son hémiparésie. De plus, son index droit est souvent plié, ce qui gêne le déliement digital. De manière générale, nous sollicitons souvent le territoire corporel droit de Nino afin qu'il puisse réinvestir cette partie qui a été particulièrement touchée. Il s'agit de lui faire passer des objets du côté droit ou de lui proposer des activités bi-manuelles.

J'observe chez Nino beaucoup de variations toniques en fonction des parties de son corps : ses membres inférieurs sont spastiques tandis que son bras droit était très hypotonique, et son tonus axial semble déficitaire. En effet, les changements de positions, comme se tourner en haut de la montagne, semblent couteux. Ses mouvements sont lents, il bloque sa respiration, c'est comme si son corps pesait des tonnes. De plus, lorsqu'il est assis, Nino est très voûté et sa tête part en arrière.

Toutes ces disharmonies toniques, associées à la négligence de ce bras droit et au manque de repousser dans les membres inférieurs me questionnent sur la perception que Nino a de son corps. J'imagine que ce corps, déjà traumatisé par l'accident et de nombreux soins invasifs, ne peut être perçu que de façon morcelée, segmentée, non unifiée. Alors, comment remettre de l'équilibre et de la globalité dans cette perception du corps afin que Nino puisse vivre dans un sentiment unifié de soi ?

Je pense alors à la possibilité de proposer des temps d'enveloppement à Nino, de contenance, comme dans le pouf ou dans des coussins, des temps calmes qui lui permettraient de ressentir son corps de façon globale. Mais je constate rapidement qu'il serait difficile de mettre cela en place. En effet, en séance, Nino montre une succession très marquée de temps d'excitation et de temps de repos qui m'évoque le rythme du nourrisson. Nino est assez fatigable et s'effondre à plusieurs reprises sur les modules. Là, il reste allongé sur le ventre pendant un bref instant avant de repartir dans l'activité. Nous encourageons donc ces temps de repos pendant lesquels nous adaptons notre attitude afin de l'accompagner au mieux (tonus, voix, posture etc...).

Mais ces temps de repos sont très courts, Nino bouge sans cesse et n'est pas réceptif lorsqu'on lui propose un temps plus calme. Par exemple, nous tentons pendant cette séance de l'allonger sur le dos sur le matelas de la montagne afin de pouvoir mobiliser ses membres inférieurs, tout en lui chantant une chanson. Mais Nino se retourne immédiatement et s'empresse de se déplacer.

De manière générale, Nino a tendance à fuir lorsque nous essayons de le toucher, il semble éviter le contact et la proximité physique avec l'autre. Paradoxalement, Nino se nourrit encore au biberon et refuse de s'alimenter seul (un adulte doit toujours lui donner le biberon) alors qu'il en est capable sur le plan instrumental.

De même, pour marcher, Nino rejette les appareillages (déambulateur, s'appuyer sur la poussette) et ne peut marcher qu'avec l'appui d'un adulte. Nino a-t-il encore peur de la chute ? Le matériel constitue-t-il un appui moins fiable que le corps de l'adulte ?

Ces observations font partie de celles qui m'ont conduite à me questionner de façon générale sur l'importance de notre implication corporelle auprès de cet enfant. Comment prend-il appui sur nous ? Comment notre implication corporelle peut-elle se mettre au service de la récupération ?

Le retard global de Nino, ces temps d'excitation et de repos, ce besoin de l'adulte pour se nourrir et se déplacer, m'évoquent la dépendance dans laquelle se trouve le nourrisson. En effet, Nino a 3 ans mais notre prosodie, nos gestes, nos mimiques, sont semblables à celles que nous pourrions utiliser avec un enfant bien plus petit. Nino a-t-il besoin de cela pour pallier l'insécurité dans laquelle il pourrait se trouver depuis l'accident ? Toutes les inquiétudes de l'entourage à l'égard de Nino encouragent-elles cette dépendance à l'autre dans certaines activités ? Je comprends alors l'importance de soutenir le développement de Nino, de l'aider à grandir afin qu'il puisse s'autonomiser et récupérer, dans la mesure du possible, ce qu'il a perdu lors de cet accident.

Après cette première séance, je suis finalement soulagée. Certes, le retard psychomoteur de Nino est très important, mais cela ne nous empêche pas d'être en mouvement toute la séance, de faire ensemble, d'être dans le partage et le plaisir.

Je souhaite à présent apporter des observations plus précises sur la mise en jeu de la motricité globale de cet enfant, et justifier mon choix de centrer mon questionnement sur cet aspect.

6. Ré-explore les grandes acquisitions précédant la marche

En prenant du recul sur mes observations faites auprès de cet enfant, une dimension principale émerge selon moi : le mouvement. En effet, Nino, Florence et moi sommes en mouvement constant tout au long de la séance. Nous nous adaptons aux propositions de Nino, qui est donc le principal initiateur de cette dynamique motrice.

Ainsi, lorsque Carole le sort de sa poussette, il se met à 4 pattes et se presse d'aller vers les modules rangés contre le mur. Il s'appuie dessus pour se relever, nous regarde et pousse des cris, nous faisant comprendre qu'il souhaite qu'on installe les modules.

Si nous ne répondons pas tout de suite à sa demande, il continue spontanément à se déplacer et explore l'espace de la salle. Les seuls instants où Nino cesse de se déplacer sont ses rapides temps de récupération ou lors de ses pleurs de désapprobation, notamment lorsqu'on range un objet ou qu'on change de jeu.

De manière générale, il se montre intéressé ou, s'il ne l'est pas, part lui-même à la recherche d'un jeu qui lui convient. J'ai même été surprise de voir qu'il semble anticiper ses besoins. En effet, tandis que nous réfléchissions à un moyen de l'emmener vers le repousser, celui-ci s'est mis à explorer de lui-même cette dimension, que je développerai plus bas. De même, il expérimente spontanément les schèmes de mouvements nécessaires à son développement, comme les « roulés-boulés » sur le sol ou le déplacement latéral une fois debout en se tenant aux modules. Nino est dans une réelle dynamique de développement au niveau moteur, son évolution est visible d'une séance à l'autre. La motricité constitue ainsi notre base de travail et de rencontre avec Nino. C'est ce qui explique mon choix de centrer ma réflexion sur cet aspect. J'ai pu observer que les explorations que nous proposons à Nino sont orientées vers un but : qu'il puisse de nouveau marcher de façon sécurisée et autonome.

Au début de sa prise en charge en psychomotricité, Nino ne se déplaçait que debout et pleurait lorsqu'il fallait se déplacer à 4 pattes ou retourner au sol. Or, comme décrit précédemment, la marche de Nino n'est ni autonome, ni harmonieuse. Elle est très coûteuse en énergie pour lui : il a des difficultés à relever l'avant de ses pieds, il n'y a pas de déroulé du pied ni de ballant des bras. Son polygone de sustentation est très réduit du fait de sa spasticité au niveau des adducteurs et son regard est orienté vers le sol. Ceci entraîne de nombreux déséquilibres que Nino a du mal à compenser ; des tensions sont visibles dans tout son corps. La marche directe étant travaillée en kinésithérapie, le parti a été pris en psychomotricité de travailler les différentes étapes préalables à la marche. Mais dans quel but ?

Je me baserai dans cette partie sur l'hypothèse que réexplorer les grandes acquisitions précédant la marche, comme le 4 pattes ou le ramper, permettra à Nino de marcher de façon plus fluide, plus sécurisée et moins coûteuse. La marche est une activité complexe qui nécessite la mise en jeu de différents schèmes de mouvements. Réexplorer tous ces mouvements de base permettra à Nino de les réintégrer et ainsi d'être plus à l'aise dans la marche. De plus, il est important que Nino s'habitue à retourner au sol, à appréhender le sol de façon positive afin de faire diminuer ses craintes de chuter.

En se basant sur les capacités et les préférences de Nino, nous le conduisons donc à explorer différentes modalités de déplacements. Je décrirai de façon non exhaustive mes hypothèses sur les bénéfices que ces modalités peuvent apporter au développement de Nino.

6.1 Le retournement

Cette étape est essentielle pour Nino, qui présente une hypotonie axiale. Comme dit précédemment, Nino explore de lui-même les retournements en faisant parfois des roulés-boulés dans la salle. Nous le conduisons aussi à se retourner lors du jeu de la montagne, pendant lequel nous faisons rouler un jouet d'en haut jusqu'en bas, puis nous invitons Nino à faire de même : en le guidant, il peut rouler jusqu'en bas mais cela n'est pas encore très fluide et il montre des tensions. Ses ceintures scapulaires et pelviennes ne se dissocient pas, il tourne d'un bloc. À travers ces expérimentations, Nino peut mettre en jeu son axe, ce qui facilitera la verticalisation et participera à l'unification des deux hémicorps.

6.2 Le ramper

Avec l'aide du matériel, nous conduisons Nino à ramper. Par exemple, en plaçant un module en mousse sous lequel il doit passer pour rentrer dans le tunnel. J'observe qu'il est effectivement difficile pour Nino d'aller vraiment au sol : il ne colle son ventre au sol que très peu de temps et remet vite ses fesses en l'air, comme si le sol sous son ventre était brûlant. Cette activité permet entre autres de faire du lien entre le haut et le bas du corps. Ramper permet la coordination des ceintures scapulaires et pelviennes nécessaire dans la marche. Il nous arrive souvent de mettre nos mains sous les pieds de Nino afin de lui procurer un retour sensoriel à ce niveau. Progressivement, Nino rééquilibre son tonus : il pousse de plus en plus sur ses pieds et tire un peu moins sur ses bras.

6.3 Le repousser

Comme dit précédemment, Nino semble progressivement attiré par les jeux de repousser. Il joue à pousser les modules pour les faire tomber et crier « boum », ou encore à se mettre en position de marche de l'ours et pousser sur ses pieds. Petit à petit, l'accroche des orteils se met en place sur la montagne et, surtout, il se met debout à plusieurs reprises pendant la séance. Nous favorisons ces explorations du repousser en jouant par exemple au trampoline avec un tapis mou placé sur deux modules distants que nous tenons.

Nous plaçons Nino sur le tapis et entamons un mouvement de rebond dont Nino se saisit rapidement. Assis ou à 4 pattes, il repousse le tapis pour continuer à rebondir.

Explorer le repousser sera essentiel pour Nino, notamment au niveau des membres inférieurs, afin qu'il perçoive davantage cette partie du corps, qu'il puisse recruter son tonus et utiliser ses appuis de façon plus adaptée lors de la marche.

6.4 Le 4 pattes

Lors des premières séances, Nino ne se déplaçait qu'en « petit lapin ». En effet, il n'utilisait le 4 pattes controlatéral que lorsque la texture du sol l'y obligeait, c'est-à-dire quand le sol ne glissait plus comme dans le tunnel. Il est essentiel que Nino s'approprie progressivement le 4 pattes controlatéral afin de développer des coordinations de bonne qualité à l'avenir.

Au fil des séances, Nino s'en saisit de plus en plus et utilise ce mode de déplacement de façon privilégiée, il peut ainsi déplacer son bras et sa jambe opposée de façon assez fluide. Cependant, il reprend toujours son 4 pattes en « petit lapin » dans les moments de fatigue, ce mode de déplacement semble tout de même moins coûteux.

6.5 La marche sur les genoux

Progressivement, nous amenons Nino à se verticaliser dans le jeu. Il s'agit de placer un objet qui lui plaît sur la table basse pour l'inciter à se redresser. Ou encore, nous jouons souvent au jeu du téléphérique : assis et relativement éloignés l'un de l'autre, nous tenons chacun une extrémité de corde avec Nino. Des anneaux ont été enfilés autour de la corde.

Quand je me redresse sur les genoux et met mon bras en l'air, les anneaux descendent à toute vitesse vers Nino qui éclate de rire. C'est alors à son tour de se redresser pour faire venir les anneaux jusqu'à moi. Nino a besoin de s'appuyer sur un module placé à côté de lui pour lever le bras une fois qu'il est redressé sur ses genoux. Mais, toujours en tenant la corde, nous avons pu aller jusqu'à marcher sur les genoux (lui en marche avant et moi en marche arrière). Cette étape exige de Nino une régulation tonico-posturale importante, qui sera essentielle pour son bon équilibre lors de la marche.

6.6 Le passage en position debout

Nino est un enfant assez curieux et dynamique. À condition qu'il y trouve un intérêt, il est donc relativement facile de le conduire à se relever. C'est principalement autour de la table basse que Nino se met en position debout.

Nous plaçons des petits jetons sur la table et jouons à les transvaser ou à les faire rouler. Il lui arrive encore de tirer sur ses bras, mais Nino peut maintenant passer en position de chevalier servant et ainsi pousser davantage sur ses jambes. Ce passage en position verticale reste difficile mais il semble déjà être plus fluide et moins coûteux puisqu'il peut maintenant le faire bien plus souvent. Nino a bénéficié en novembre 2020 d'une injection de toxine botulique visant à réduire la spasticité et ainsi favoriser la dépose du pied au sol. L'objectif serait qu'il puisse à l'avenir se passer de ses attelles et chaussures à coque.

Nous l'accompagnons verbalement et physiquement, il aime d'ailleurs commenter ce redressement d'un « Oh hisse, la saucisse ». Nino ne peut rester plus de quelques minutes debout. Nous jouons alors à faire tomber les jetons de la table et il retourne en position assise pour les ramasser et les remettre sur la table. Il peut ainsi passer de la position assise à debout une petite dizaine de fois dans la séance.

6.7 La marche

En voyant Nino accéder de plus en plus facilement à la position debout, nous souhaitons maintenant soutenir aussi l'exploration de la marche. Il s'agit tout d'abord de le conduire vers le déplacement latéral. Nino ne peut se déplacer latéralement avec un appui vertical, cependant, cela est possible avec un appui horizontal. Par exemple, il nous arrive d'éloigner l'objet qu'il souhaite attraper sur la table afin de l'inciter à faire le tour de celle-ci. Nino réalise cela sans grande difficulté. Nous avons tenté plusieurs fois un jeu consistant à faire marcher Nino en s'appuyant sur des cordes.

Nous tendions deux cordes entre l'espalier et l'une de nous, sur une distance de 3 mètres environ. Nino venait alors de positionner entre les deux cordes et écartait les bras latéralement pour attraper une corde dans chaque main. Des anneaux de couleur avaient été enfilés le long de la corde pour l'inciter à se déplacer. Les cordes étaient très tendues et espacées d'une cinquantaine de centimètres, ce qui permettait à Nino de s'appuyer dessus, d'abord pour marcher à genoux. Progressivement, Nino a pu s'appuyer suffisamment dessus pour se mettre debout et faire 2 ou 3 pas. Par la suite, Nino a refusé de recommencer cet exercice et n'a pu marcher qu'avec l'appui de l'adulte.

Avant le début de la prise en charge, Nino refusait d'aller au sol et pouvait marcher sur des dizaines de mètres quand on lui tenait la main. Maintenant, Nino montre une nette préférence pour les déplacements au sol. Il ne prend jamais l'initiative de marcher, de se lever et de demander la main de l'adulte pour se déplacer, par exemple. Il peut faire quelques pas mais seulement lorsqu'on l'y incite.

Il s'appuie sur nous, marche sur 1 ou 2 mètres puis plie ses jambes et retourne au sol. A-t-il finalement trouvé plus de facilité dans le déplacement au sol, ce qui le conduit maintenant à délaissé la marche ?

Au travers de toutes ces expérimentations visant la récupération de la marche, je me questionne finalement sur cet objectif thérapeutique avec Nino. Pourquoi est-il si indispensable que Nino puisse remarcher ? La marche est-elle seulement constituée d'une dimension motrice ? Quel rôle la marche joue-t-elle sur le développement psychique ?

J'émet l'hypothèse qu'au-delà du fait de se déplacer pour satisfaire ses besoins physiques, l'acquisition de la marche joue un rôle essentiel dans la construction de l'individu. Elle serait entre autres synonyme de relation, d'autonomie, d'agentivité et d'individuation.

Après m'être intéressée à ce qui se joue corporellement chez Nino dans ses explorations motrices, je me suis interrogée sur notre positionnement en tant que psychomotricien dans ce processus de rééducation. Je vais donc orienter mes observations cliniques sur l'implication corporelle que nous proposons à Nino dans cette prise en charge.

7. Notre corps comme soutien dans la récupération de la marche

Évidemment, Nino ne bouge pas seul, il ne s'agit pas de lui donner une consigne et d'attendre qu'il l'exécute. Nous sommes engagées corporellement auprès de lui. Je considère ici que cet engagement « corporel » comprend les aspects physiques, toniques, émotionnels, verbaux, cognitifs, psychiques etc. Bien sûr, je ne pourrai traiter ici tous les aspects de cet engagement, tous les aspects qui font que notre corps devient un soutien dans les explorations de Nino. Mais voici quelques-unes de mes hypothèses.

7.1 L'imitation

C'est par le biais de l'imitation que j'ai pu constater la place que prenait notre implication corporelle auprès de Nino.

Un premier aspect de cette fonction d'imitation consiste à imiter les propositions de Nino. Par exemple, quand il se met en position de marche de l'ours comme il aime souvent le faire en début de séance, nous l'imitons. Il nous regarde, puis recommence et rit.

L'imitation semble permettre ici de mettre en place une relation : en faisant comme Nino, nous captions son attention, nous pouvons alors échanger un regard et un sourire et ainsi commencer à être dans le partage. De plus, j'émetts l'hypothèse que le fait de nous voir dans la même posture que lui pourrait permettre à Nino d'avoir une meilleure conscience de la position de son corps dans l'espace, d'affiner sa proprioception.

Ensuite, un second aspect consiste à montrer à Nino ce que nous attendons de lui, dans le but qu'il nous imite. J'utiliserais comme exemple un jeu lors duquel nous étions tous les trois assis en cercle sur les genoux, chacun tenant des deux mains une même corde. Nino commence par secouer la corde, nous l'imitons. Puis, tout en secouant la corde, Florence et moi nous redressons sur les genoux en levant les bras et en criant « ça monte, ça monte, ça monte ! ». Nino nous imite et se redresse lui aussi sur ses genoux, les bras en l'air. Il fait alors travailler entre autres son équilibre et sa régulation tonico-posturale. Nous impliquer corporellement pour diriger les explorations de Nino semble avoir plus d'efficacité qu'une consigne verbale du type « Allez Nino, redresse-toi. ». Passer par le corps pourrait permettre d'envoyer des messages plus clairs à Nino, d'autant plus au regard de son retard de langage. De plus, cette imitation semble être comme un réflexe : pris dans l'action, Nino nous imite automatiquement. Le fait de faire de bouger à deux, de s'imiter, favorise-t-il l'intégration du mouvement ?

Les séances semblent donc se dérouler à l'image d'une danse entre je t'imites/tu m'imites. Les positions s'alternent et donnent naissance à un dialogue entre Nino et nous.

M'impliquer corporellement auprès de Nino m'a aussi permis de constater que notre corps prend une fonction d'appui pour lui, synonyme de sécurité et de contenance.

7.2 Un appui sûr et contenant

Pour commencer, nous sommes attentives en séance à la sécurité de Nino et nous anticipons ses éventuelles pertes d'équilibre. Par exemple, lorsqu'il descend de la montagne, nous mettons notre main devant sa tête car, par manque de tonus axial, il arrive que Nino s'effondre au sol et se cogne la tête. De même, l'une de nous est toujours derrière lui lorsqu'il se redresse pour parer en cas de chute. Nos bras l'entourent et nous formons ainsi une enveloppe protectrice sur laquelle Nino peut trouver appui si besoin. Par exemple, il lui arrive souvent de s'appuyer sur les modules le long de la fenêtre et de se mettre debout pour voir ce qu'il se passe dans la rue.

Dans ce cas, je me mets derrière lui pour parer un éventuel déséquilibre. Nino tient bien sa position mais la fatigue le conduit vite à coller son dos contre moi, et il peut rester ainsi appuyé quelques instants.

Notre corps peut aussi constituer un véritable appui dans les explorations motrices de Nino. Par exemple, lorsqu'il joue à passer à 4 pattes par-dessus un module d'une cinquantaine de centimètres de hauteur, Nino manque d'appui au niveau des pieds pour se hisser. Nous nous mettons alors en tailleur derrière lui : il peut ainsi s'appuyer sur nos genoux et nos jambes pour franchir le module. Il en est de même lorsque nous lui donnons la main ou tenons son bassin lorsqu'il marche. L'impossibilité pour cet enfant de marcher sans l'appui de l'autre souligne selon moi l'importance de notre implication corporelle afin de l'accompagner vers la récupération.

Ainsi, j'émet l'hypothèse que notre corps devient un appui physique mais aussi psychique par sa fonction de sécurité et de réassurance. Cette présence corporelle garantissant la sécurité de Nino l'encouragerait à aller plus loin dans ses explorations. Mais je constate dans certains cas ma difficulté à ne pas surprotéger Nino, à ne pas projeter sur lui mes propres inquiétudes.

Nous avons introduit dans les séances un jeu au cours duquel Nino se laisse tomber sur le pouf. Après la chute, il reste quelques instants allongé sur le ventre. Progressivement, nous avons mobilisé Nino afin qu'il s'installe sur le dos, ce qu'il a fini par accepter.

Puis, nous chantions la comptine « petit bateau » en balançant le pouf d'un côté et de l'autre. Nino se retrouvait donc enveloppé dans le pouf. Nous terminions le chant en le faisant basculer lentement d'un côté jusqu'à ce qu'il « tombe » sur le tapis et dans nos bras. Là aussi, notre engagement moteur devenait contenant, les bras ouverts, nous bercions ce patient et l'accueillions dans sa chute.

Ainsi, notre implication corporelle permet de mettre en jeu les fonctions d'imitations, de sécurité et de contenance. Cette implication est-elle seulement motrice, mécanique ? Cela suffirait-il ? Tantôt dynamique, tantôt sécurisante et apaisante, notre implication corporelle véhicule des messages à Nino. J'émet ainsi l'hypothèse que notre implication ne peut être purement motrice et mécanique, sans quoi l'imitation et la contenance ne pourraient réellement fonctionner. Quelque chose en plus doit être mis en jeu afin de vraiment entrer en relation avec Nino : il s'agit de l'implication tonico-émotionnelle.

7.3 Le dialogue tonico-émotionnel : jeu et émotions positives

Par notre état tonique, chacun d'entre nous véhicule des émotions, ce qui constitue un réel dialogue entre nous. Ce dialogue tonico-émotionnel n'est pas dissociable des fonctions citées plus haut telles que l'imitation, la sécurité ou la contenance. Selon moi, il en constitue plutôt la toile de fond, la base grâce à laquelle ses fonctions pourront avoir un effet.

Pour ce faire, nous utilisons ce dialogue afin de nous accorder à Nino en adaptant notre tonus en fonction de ses comportements, mais aussi afin de lui transmettre des émotions positives dans le but de l'encourager, de le féliciter, de l'inciter etc.

Par exemple, quand Nino grimpe en haut de la montagne je l'encourage par les mots suivants : « Allez, tu y es presque, vas-y, vas-y, oui ! » ; mais aussi par mon tonus et ma posture : mon tonus s'élève, mes épaules montent, ma respiration devient plus haute et plus courte. Bien que masquées, mes expressions faciales jouent aussi un rôle : je souris, j'ouvre grand les yeux et relève les sourcils. L'excitation monte et, une fois Nino arrivé en haut, je frappe dans mes mains pour dire bravo, accompagné d'un grand « ouiiii ».

Là, à l'image de Nino qui s'effondre quelques instants en haut de la montagne, mon tonus s'abaisse, mes épaules redescendent et ma respiration s'apaise : c'est un moment de soulagement et de relâchement. Un dialogue se met ainsi en place tout au long de la séance, entre incitation au mouvement et réponse à l'état de Nino.

Cet enfant est donc constamment accompagné dans ses explorations, nous nous accordons à lui et l'encourageons par le biais d'émotions positives. Je retrouve alors le questionnement premier qui m'avait animé : quel rôle cela joue-t-il dans la récupération de la marche ? D'une part, j'émet l'hypothèse qu'inscrire le mouvement dans une dynamique relationnelle et de partage constitue un soutien et une source de motivation pour Nino. Ceci facilitera l'intégration du mouvement. D'autre part, je suppose que la dimension positive et le plaisir de l'expérience sont aussi synonymes d'une meilleure récupération.

C'est d'ailleurs sur cette hypothèse que nous nous basons en apportant une dimension ludique à chacune des expérimentations. Par exemple, nous avons un jour joué avec des pièces de puzzle représentant des animaux marins. Une fois que Nino a pu les manipuler quelques instants au sol, nous les avons mis sur la table basse à l'envers afin que Nino ne voit plus que la forme de la pièce. Il fallait alors qu'il retrouve l'étoile de mer. « Mais quelle coquine cette étoile de mer ! Où est-ce qu'elle a bien pu se cacher ??? Viens, on va la chercher ! ». Nino se redresse alors sur les genoux en s'appuyant sur la table, il attrape une première pièce et dit « celle-là ? ».

À nous de répondre : « Eh non, c'est le poisson ! Oh la la, mais où est-elle ? ». Il localise rapidement l'étoile mais celle-ci est bien sûr placée à l'autre bout de la table. Il se met alors en position debout en poussant sur son pied droit en chevalier servant et se déplace latéralement pour attraper l'étoile « Ouiii, bravo Nino tu l'as eue ! ». Il rit et dit « Bravo ! ». Souvent, nous apportons une dimension davantage symbolique au jeu comme le tunnel qui représente la maison, les cordes et le téléphérique, les modules et la montagne... Très progressivement, Nino peut d'ailleurs entrer dans des jeux de « faire semblant », comme en se bagarrant avec les cordes ou en jouant avec la voiture qui va chez papi-mamie en passant par la montagne.

Le jeu a ici, selon moi, une double fonction. Comme dit précédemment, il est une source de plaisir devenant un moyen essentiel de récupération. Par ailleurs, il constitue un choix stratégique de notre part. Nous nous basons sur ce que Nino propose puis orientons le jeu en fonction des objectifs que nous souhaitons travailler avec lui.

J'ai tenté, au travers de cette partie clinique, d'exposer mes observations allant dans le sens d'une réponse à ma problématique. Je vais maintenant apporter des éléments théoriques qui permettront de comprendre davantage la situation de Nino, d'éclaircir les interrogations et d'approfondir les hypothèses citées jusqu'ici, et enfin de nourrir la réflexion que j'apporterai dans ma partie théorico-clinique.

PARTIE THÉORIQUE

1. La marche : aspects développementaux et psycho-affectifs

Je m'intéresse dans ce travail à la récupération de la marche, je vais donc exposer ici le développement normal de la marche ainsi que les aspects psycho-affectifs de cette fonction. Dans la troisième partie de mon écrit, je confronterai ces éléments théoriques à la réalité de Nino.

1.1 La marche dans le développement de l'enfant

Mariot (2013), psychomotricienne, écrit que « la capacité et la manière de marcher se jouent bien avant la marche ». En effet, en exposant les différents niveaux d'évolution motrice, elle insiste sur l'importance des premiers mouvements du bébé dans le développement de la marche. Il s'agit tout d'abord de l'acquisition du retournement et du ramper qui permettra la dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes, dissociation déjà semblable à celle qui sera observée plus tard dans la marche. Viendra ensuite le 4 pattes qui permettra à l'enfant d'intégrer des données horizontales et verticales de l'environnement.

Forestier (2011), kinésithérapeute, complète ces propos en écrivant que l'enfant découvrira la verticalité à partir de 8 mois grâce à la position assise, puis en se redressant sur ses genoux et en passant en position de chevalier servant, et enfin en explorant la montée en position debout et la redescende au sol. L'enfant entrera ensuite dans de grandes explorations en parcourant l'espace autour de lui, en grimpant et franchissant des obstacles en tous genres. Autant de découvertes qui vont enrichir ses sensations et l'emmener progressivement vers la marche.

Mais, comme les deux auteures citées précédemment, Meurin (2018), psychomotricien, insiste sur l'importance de l'acquisition de chacune de ces étapes du développement : elles doivent être acquises solidement pour garantir un passage serein vers la marche. Selon lui, « Coeman, comme Bullinger, soulignent que l'accès à la verticalité s'intègre dans la continuité des coordinations entre les schèmes d'enroulement, de redressement et de torsion et c'est dans cette perspective que doit s'organiser la prise en charge. ». Il paraît alors essentiel d'accompagner l'enfant dans ces diverses explorations.

Forestier (2011) compare ces acquisitions à un « échafaudage » qui se construit progressivement et qui nécessite que la base soit bien solide avant de rajouter un étage supérieur. De plus, selon elle, marcher nécessite d'avoir une musculature suffisante ainsi que la présence de réaction d'équilibration. Ainsi, lorsque toutes ces conditions sont réunies, la marche pourra s'installer progressivement selon plusieurs étapes.

La première consistera à marcher en s'appuyant avec les mains sur un support horizontal, puis vertical (ces deux étapes se nomment le « cabotage ») et enfin sur un support qui bouge, un chariot par exemple. L'enfant prendra ensuite de plus en plus d'assurance et pourra passer d'un support à l'autre en lâchant son appui quelques secondes. Enfin, « ce n'est que lorsqu'il tient en équilibre debout sans l'aide des mains et parvient à se relever au milieu de la pièce en posant les mains au sol, qu'il est vraiment prêt » (Forestier, 2011, p. 145). Alors, la marche autonome s'installe, entre 11 et 18 mois. Au-delà de sa fonction de déplacement et de satisfaction des besoins, la marche est une condition essentielle au développement de nombreuses autres capacités. Elle peut être définie comme « (...) cette grande étape où l'être humain se distingue de l'animal par sa capacité à se tenir droit et à libérer ses mains » (Forestier, 2011, p. 87).

Meurin (2018) confirme que, dans l'évolution, la verticalité a permis à l'être humain de libérer les membres supérieurs et ainsi les utiliser comme outils. Les humains ont alors pu découvrir une nouvelle prise sur l'environnement, toutes ces nouvelles praxies ont été la cause d'un « réagencement neuronal » augmentant les capacités cognitives de notre espèce. Ainsi, il en est de même chez l'enfant : tout ce processus de verticalisation lui permettra de développer ses coordinations, ses fonctions instrumentales et proprioceptives, tout comme ses premières représentations spatiales avec l'accès à la tri-dimensionnalité. En utilisant ses membres supérieurs comme outils, l'enfant va développer son « intelligence sensori-motrice » en mettant en place des stratégies qui anticipent l'action et des comportements associatifs. Ceci lui permettra d'accéder progressivement à la pensée symbolique.

Je viens d'apporter des éléments concernant l'installation de la marche dans le développement sur le plan moteur et cognitif. En outre, que se passe-t-il sur les plan psychiques et affectifs lorsque l'enfant se met à marcher ?

1.2 Dimensions psycho-affectives de la marche : la construction de l'axe

D'une part, la marche est un moyen de communication : elle permet de se déplacer vers l'autre, de satisfaire nos besoins physiques et élémentaires, mais aussi nos besoins sociaux. Pour reprendre l'aspect phylogénétique de la marche, je constate que la capacité à marcher renvoie au sentiment d'appartenance à l'espèce humaine : en marchant, nous témoignons de notre appartenance à l'humanité, ce qui constitue une assise essentielle dans notre développement ultérieur.

D'autre part, le processus de verticalisation nécessaire à la marche est inhérent à la construction de l'axe corporel. Cependant cet axe, dont la construction commence dès les premiers mois de vie et se poursuit grâce à la verticalisation, ne vient pas parler seulement de notions anatomiques telles que la colonne vertébrale, la tête ou le bassin.

Selon Mariot (2013), si l'axe corporel permet la délimitation des hémicorps (avant, arrière, droite, gauche), c'est aussi une « ligne imaginaire » qui vient parler de notre « subjectivité, notre manière d'être au monde. ».

Meurin (2018), quant à lui, affirme que ce processus de construction de l'axe est indissociable des dimensions émotionnelles, affectives et cognitives. Comme pour l'être humain dans l'évolution, au fur et à mesure que l'enfant s'érige, il comprend davantage les situations qui l'entourent et devient de plus en plus acteur sur son environnement. Ceci permet « une prise de conscience progressive de lui-même en tant que sujet agissant. ». Alors, construire son axe dans la verticalité permet à l'enfant d'avoir davantage prise sur son environnement, de prendre une place active et ainsi de construire son identité.

Dans ce sens, Lesage (2012), praticien en approche psychocorporelle, écrit que l'axialité fait partie d'un ensemble de processus qui participent à la construction de la subjectivité, c'est à dire « le fait de se pressentir et se présenter en tant que sujet, face à d'autres sujets » (p. 156). L'accès à la verticalité par la construction de l'axe permet à l'individu d'accéder au « je » ainsi qu'à la pensée symbolique, ce que reprend Meurin (2018) en écrivant que « Si, sur le plan psychique, l'accès au « je » s'inscrit dans la rencontre à l'autre, sur le plan postural, il dérive également d'une construction harmonieuse de l'axe corporel achevant une première représentation de l'organisme en tant que lieu habité. ».

Meurin (2018) cite ici les propos de Bullinger (2004) qui considère que *l'organisme* représente la part somatique et matérielle de notre corps et que, par le redressement, l'enfant va accéder à la représentation de cet organisme, c'est-à-dire à la notion de *corps*.

Par ailleurs, c'est par l'axialité et la verticalité que l'individu va construire son sentiment de sécurité d'après Ponton (2015), psychomotricienne. C'est en effet dans la petite enfance que notre sentiment de sécurité trouve sa source, cette période est donc déterminante dans la construction de l'individu. Ce sentiment de sécurité permet de se sentir serein dans son corps et son psychisme et garantit ainsi une bonne adaptation aux différentes situations de la vie. Ponton (2015) considère que ce sentiment de sécurité se construit grâce à 5 déterminants éprouvés dans les premières années de vie de l'enfant. Les trois premiers concernent *le flux de la respiration* qui apporte une continuité et permet une unification dans la conscience du geste ; *le rassemblement dans l'enroulement et le dépliement par l'ouverture* ; *le retournement par l'assise du bassin* qui est une partie du corps permettant « l'ancrage de la sécurité par le poids ». Viennent ensuite :

-le repousser par les appuis dans le sol qui offre « stabilité et résistance ». Cette notion d'appui a également été théorisée par Lesage (2012) qui écrit que, par le rassemblement et le soutien, l'enfant apprend à donner son poids et ainsi à s'appuyer sur un support. Il parle ainsi d'un « va-et-vient fluide, entre lâcher-son-poids et construire-sa-posture » (p. 136). Selon lui, ce rythme « engage une dialectique d'individuation : apparaître/disparaître, se différencier/se dédifférencier, se saisir et se densifier/s'abandonner. » (p. 136).

-l'appui visuel : pour se redresser, l'enfant prendra appui sur son propre regard et découvrira une nouvelle façon de voir le monde. Mais « l'ancrage du regard dans l'échange adulte enfant » aura aussi une grande importance : il constituera un soutien, un encouragement ; et l'enfant sera maintenant regardé comme un sujet davantage construit et autonome. Cet échange sera source de reconnaissance et d'identification.

Enfin, Ponton (2015) écrit l'importance de la proprioception qui, en plus des systèmes visuels et vestibulaires, constitue la base du système d'équilibre. La proprioception désigne la perception plus ou moins consciente que nous avons de la position de notre corps dans l'espace. Elle ajoute ainsi que la proprioception est un « 6ème sens », mis en jeu dans la verticalisation, qui permet de construire notre identité : « Si nous n'avions pas conscience de notre intérieur, nous ne pourrions pas prêter un intérieur aux autres et au monde. ». Mettre en jeu sa proprioception dans l'accès à la verticalité, c'est donc construire ses limites du corps et évoluer dans le monde en tant que sujet.

Pour conclure, la marche est un phénomène complexe nécessitant de nombreuses étapes préalables. Se verticaliser pour marcher participe au développement intellectuel et cognitif de l'enfant. C'est aussi une façon pour lui de prendre part à son environnement, de s'inscrire dans la lignée de l'humanité et de prendre sa place en tant que sujet. Par la construction de son axe corporel, l'enfant construira son identité et un sentiment de sécurité qui garantira son autonomie.

Toutes ces informations concernent le développement de l'enfant « normal », qui grandit dans un environnement sûr et adapté. Mais, dans le cadre de cet écrit, il me faut maintenant m'intéresser à la question du polytraumatisme.

2. Le polytraumatisme

2.1 Définition et épidémiologie

Le polytraumatisme est défini comme l'« Ensemble des troubles dus à plusieurs lésions d'origine traumatique, dont une au moins menace la vie du blessé. » (Larousse, s. d.).

Actuellement, d'après Billy et al. (2006), médecins chirurgiens, « La traumatologie est toujours la première cause de mortalité de l'enfant de plus de 1 an dans les pays industrialisés. ».

Plus précisément, selon l'Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière (2019), la traumatologie routière est la principale cause d'accident chez l'enfant de plus de 5 ans. Dans les accidents de la circulation, le polytraumatisme représente 1 blessé grave sur 6. Même si le nombre d'enfants victimes d'accident de la circulation est en baisse, en 2018, 5106 enfants entre 0 et 14 ans ont été blessés dans un accident de la circulation et 86 ont été tués. Plus précisément les piétons, représentent 14% des blessés de la circulation routière et 19 enfants piétons ont été tués en 2018.

Selon Billy et al. (2006), différents types de lésions sont observables dans le polytraumatisme, comme le traumatisme crânien, présent dans 80% des polytraumatismes et qui entraînera les séquelles les plus lourdes. Souvent associé à ce traumatisme crânien, on retrouve les traumatismes de la face qui sont pris en charge le plus tôt possible afin d'éviter toutes séquelles fonctionnelles et esthétiques. On retrouve également les atteintes au niveau du rachis, et les traumatismes thoraciques qui multiplient par 20 le risque de mortalité.

Et enfin, des lésions à pronostic fonctionnel telles que les fractures osseuses comme celle de la clavicule. Ainsi selon eux, face à toutes ces atteintes, « le véritable problème séquellaire d'un enfant polytraumatisé est triple : neurologique, neuropsychologique et neurocomportemental. ».

2.2 Conséquence du polytraumatisme sur la marche : l'impact de la spasticité

La pluralité des lésions observables dans le polytraumatisme laisse peu de doute concernant la possibilité d'un impact de ces atteintes sur la marche. Je vais m'appuyer ici sur les travaux de Gosselin & Amiel-Tison (2007), respectivement ergothérapeute et professeure de pédiatrie, pour tenter de comprendre l'origine de ces troubles.

Il me semble tout d'abord intéressant d'apporter quelques rappels sur les systèmes neurologiques à l'origine de la motricité. Deux systèmes sont distingués :

- le système extra-pyramidal ou sous cortico-spinal : issu du tronc cérébral et composé de plusieurs faisceaux, il permet la fonction anti-gravitaire, le tonus postural et les réflexes primaires. Il exerce un contrôle « inférieur ».

- le système pyramidal ou cortico-spinal : comprenant les noyaux gris centraux, le cortex moteur et les voies cortico-spinales, il a pour fonction de moduler le tonus postural. Au fil de sa maturation, les réflexes primaires diminuent et la motricité volontaire s'installe. Il exerce un contrôle « supérieur ». Ainsi, « Sous contrôle « inférieur », le nouveau-né marche avec les pieds (réponse réflexe par stimulation tactile de la sole plantaire). Sous contrôle supérieur, l'enfant marche avec sa tête (les ordres viennent d'en haut). » (p. 26).

Une lésion de ces systèmes entraînera alors de nombreuses conséquences pouvant entraver la marche, notamment en ce qui concerne le tonus musculaire. Ainsi, « En cas de lésion du système nerveux central, la nature de la pathologie du tonus (spasticité, rigidité, hypotonie) dépend du niveau lésionnel. » (p. 37).

Au vu de mes observations cliniques concernant Nino, je souhaite me focaliser ici sur la spasticité. Cette atteinte correspond à une exagération du réflexe myotatique qui est un réflexe normal, observé lorsqu'un muscle se contracte en réponse à son étirement. Ce réflexe met en jeu les muscles, les nerfs sensitifs et moteurs, et la moelle épinière. Mais il est aussi contrôlé par les deux systèmes centraux vus précédemment, qui permettent d'inhiber partiellement ce réflexe afin de garder une contraction musculaire adaptée.

Ainsi, dans la spasticité, cette fonction inhibitrice des centres nerveux supérieurs est altérée, ce qui peut être dû, entre autres, à des lésions cérébrales ou de la moelle épinière. Une contraction musculaire excessive et involontaire au repos ainsi qu'à la moindre stimulation est alors observée.

La spasticité est susceptible de toucher les membres supérieurs et inférieurs. Dans ce dernier cas, elle entraîne le plus souvent une flexion de la hanche, du genou ou du pied, et est responsable de l'installation d'un pied en équin avec varus de l'arrière du pied : le pied est étiré vers le bas et l'intérieur. Ceci entraîne des difficultés de dépose du pied, de maintien de la position debout, une lenteur, une instabilité, une démarche peu fluide, des orteils en griffe. L'individu risque alors un raccourcissement musculaire et un enraidissement articulaire ; il est aussi sujet à de nombreuses douleurs. Différents traitements sont possibles : la prise en charge en kinésithérapie est indispensable afin de maintenir l'étirement musculaire ; des orthèses peuvent aussi être mises en place (prothèses plaçant le membre dans une bonne position) ; l'injection de toxine botulique (neurotoxine qui bloque l'influx nerveux avec un effet limité dans le temps) ; la neurotomie (section chirurgicale du nerf entraînant la contraction) ; ou encore la chirurgie orthopédique etc.

Bien évidemment, les répercussions du polytraumatisme ne se résument pas à des conséquences motrices telles que la spasticité. L'intégrité toute entière de l'individu est remise en jeu, tant physiquement que psychiquement. Cependant, je ne m'intéresserai au vécu de la personne accidenté que dans ma partie théorico-clinique, dans un souci de demeurer au plus proche de la réalité de Nino.

Après avoir vu les traitements possibles en cas d'atteinte de la marche, je vais maintenant revenir à ce qui se joue pour l'enfant et sa famille dès l'instant du polytraumatisme.

2.3 Prise en charge de l'enfant et sa famille

2.3.1 Les premiers soins

Selon Billy et al. (2006), chez l'enfant polytraumatisé, « Le pronostic vital et fonctionnel dépend étroitement de la vitesse d'intervention, de la rapidité de la réanimation initiale. ».

Cette prise en charge repose sur un examen clinique systématique sur les lieux de l'accident, sur le recueil des circonstances de l'accident, sur l'établissement de différents scores évaluant l'état global de l'enfant, sur la prise en charge de la détresse respiratoire et de l'hémorragie. Enfin, une sédation est réalisée sur le lieu de l'accident afin de protéger le cerveau de lésions supplémentaires. Le déplacement de l'enfant se fait selon un conditionnement particulier qui doit éviter toute aggravation de l'état de la victime.

Une fois à l'hôpital, les soins apportés à l'enfant seront les moins invasifs possibles. En effet, les médecins s'appuient surtout sur une surveillance très régulière par imagerie, le but étant d'éviter au maximum les actes chirurgicaux et ainsi d'éviter l'ajout d'un « traumatisme opératoire au traumatisme initial. ».

2.3.2 Vécu familial, annonce du handicap et retour à domicile

« Un accident cérébral grave chez une personne, par la brutalité de sa survenue et par l'importance des conséquences qu'il engendre, crée un « avant » et un « après » dans l'histoire de la famille (...). » (Collasson, 2012). En effet, selon cette auteure psychologue clinicienne, un tel événement suppose une réorganisation et des ajustements importants dans la famille, tant aux niveaux fonctionnel et pratique qu'aux niveaux relationnel et psychique. Un long cheminement sera nécessaire afin de retrouver un certain équilibre. L'auteure qualifie la première étape de ce cheminement de « crise ». Selon elle, l'annonce de l'accident, l'état grave du blessé et le coma souvent présent entraînent en effet la famille vers une proximité avec la mort qui provoquera une « crise psychique profonde ». Collasson (2012) définit cette crise par des mots tels que « sidération, accablement, paralysie de la pensée, envahissement de la conscience, angoisse, colère, dépression, surdité et incrédulité. ». Un tel accident entraîne l'entourage, et surtout les parents, dans un véritable travail de deuil. Ils doivent en effet faire le deuil de certaines capacités de leur enfant, accepter qu'il ne grandira pas comme ils se l'étaient imaginé.

Ce travail de deuil peut être mis en lien avec celui que les parents effectuent à chaque naissance et dont parle Korff-Sausse (1996/2016), psychologue psychanalyste : le deuil de l'enfant imaginaire. Celui-ci revient à accepter le fait que l'enfant réel soit différent de celui qu'ils avaient imaginé avant et tout au long de la grossesse. Ce travail nécessite un effort de symbolisation que les parents sont capables de mettre en place grâce aux satisfactions que le bébé réel peut leur apporter. Mais les parents de l'enfant handicapé font face à un gouffre infranchissable entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire. Pris dans la sidération de l'annonce, ils se trouvent dans l'incapacité d'effectuer cette symbolisation nécessaire à l'élaboration du deuil. De plus, l'enfant peut être considéré comme un prolongement narcissique des parents, il maintient leur fantasme d'immortalité. Or, d'après l'auteure, cette fonction est mise à mal dans le champ du handicap :

L'enfant handicapé envoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître, et partant, à reconnaître l'enfant attendu, l'enfant qui se situe dans leur filiation et qui doit les perpétuer après leur mort. (p. 43)

Korff-Sausse (1996/2016) précise aussi :

Il est très important que les soignants connaissent l'impossibilité du psychisme humain à appréhender et à assimiler en une seule fois un fait aussi catastrophique. Cela leur permettra de reconnaître et d'accepter les attitudes parentales - refus, dénégation, agressivité - qui en découlent et qui les déconcertent si souvent. (p. 38)

Parallèlement, il faut aussi s'attendre à rencontrer des parents dans une relation symbiotique avec leur enfant, notamment des mères prises dans une « identification massive et profonde à l'enfant blessé. » (p. 48).

Au-delà de l'annonce, Collasson (2012) décrit quant à elle l'étape du retour à domicile. Après l'accident vient une grande période de crise, comme dit précédemment, puis les espoirs de guérison reviennent au premier plan avec le réveil du blessé et ses premiers progrès. Cependant, le retour à domicile plonge ensuite l'entourage dans la réelle découverte du handicap ; en effet, ce retour est souvent « source des premières désillusions tant le fait de voir la personne dans son contexte permet aussi d'en mesurer les changements. ». Le travail de deuil se poursuit alors et sera convoqué à chaque échéance de la vie de l'enfant.

Alors, comment investir cet enfant qui a malgré tout des souffrances, des désirs, des sentiments ? Comment se reconnaître en lui ? Tous ces auteurs s'accordent sur l'importance de la prise en charge précoce et du soutien que peuvent apporter les professionnels médicaux et paramédicaux dans la compréhension des troubles de l'enfant et dans l'accompagnement de la famille afin que chacun trouve sa place. Korff-Sausse (1996/2016) parle notamment de l'importance du père, trop souvent oublié dans ce type de parcours. Il y a une « nécessité de réduire l'impact de la pathologie sur les proches, d'instaurer et de soutenir dans la famille un processus d'adaptation positif (qui entraînera le processus dynamique chez le blessé), et de maintenir la place et le rôle de la personne cérébro-lésée dans le système familial. » (Collasson, 2012).

Il apparaît clairement que les conséquences du polytraumatisme sont à la fois neurologiques, somatiques, cognitives, psychiques, émotionnelles, etc., tant au niveau de la victime que de son entourage. Mais ces conséquences ne sont pas figées et peuvent évoluer de façon positive, à condition d'apporter une prise en charge globale et adaptée. Un processus de rééducation se met alors en place ; voyons maintenant comment la psychomotricité s'intègre dans ce processus.

2.3.3 La rééducation psychomotrice

Je ne m'attarderai pas ici sur les nombreux débats qui animent le champ de la psychomotricité entre rééducation et thérapie. Mais j'ai souhaité m'intéresser à cet aspect de la psychomotricité afin de mieux comprendre ce que sous-entend le terme de rééducation psychomotrice. Potel (2010), psychomotricienne, en propose une définition assez complète. Il s'agit selon elle d'un travail de soutien et de relance des différents repères psychomoteurs de base tels que la structuration spatio-temporelle, la maîtrise corporelle, le tonus, les équilibres, la motricité fine, la somatognosie etc. Le projet établi avec le patient sera précis et concret, il visera une meilleure adaptation de ce dernier à son environnement. Cette approche demande souvent une prise en charge très globale et attend du psychomotricien une certaine objectivité qui n'est pas au premier plan dans ce qu'elle nomme « la thérapie ». En effet, le trouble doit être objectivé et rééduqué par des exercices précis avec comme postulat de base : la plasticité cérébrale du patient.

La rééducation serait spécifique par la qualité du lien qu'elle suppose entre le patient et le psychomotricien : « - Lien qui va être au cœur même du processus thérapeutique dans le cas de la thérapie. - Lien qui va être support de mise en confiance et de revalorisation, au service des apprentissages, dans le cas de la rééducation. » (p. 317).

Je m'accorde avec Potel (2010) lorsqu'elle évoque que beaucoup de professionnels alternent finalement entre ces deux positions et que seule la façon dont le patient se présente peut déterminer la position à prendre « (...) entre celle d'un thérapeute non directif et d'un rééducateur étanche à l'humanité de son patient. » (p. 41).

La psychomotricité pourra donc s'inscrire dans le champ de la rééducation de l'enfant polytraumatisé en agissant tant sur la diminution des troubles moteurs que sur les aspects relationnels, émotionnels et psychologiques. Dans ce contexte, quels sont alors les outils principaux du psychomotricien pour aider et soutenir les enfants confrontés à cette situation ?

3. L'étayage de la psychomotricité

Je vais m'intéresser dans cette partie aux différents aspects sur lesquels le psychomotricien se base pour soutenir le développement de son patient. Je ne pourrai développer de façon exhaustive tous ces aspects. Ainsi, j'exposerai les principes théoriques me permettant d'éclaircir mes observations, interrogations et hypothèses cliniques citées plus haut, dans le but de comprendre davantage ce qui se joue dans la prise en charge de Nino.

3.1 Le corps : histoire d'un outil de travail

Selon Potel (2010), l'intérêt particulier que le psychomotricien porte au corps trouve son origine dans les premières études concernant le développement de l'enfant. Autrefois considéré comme un « petit adulte », diverses études du XX^{ème} siècle ont finalement montré que le bébé n'est pas un adulte miniature mais bien une personne à part entière avec un développement qui lui est propre. Il n'est alors plus recevable de « calquer » le fonctionnement de l'adulte sur celui de l'enfant. De plus, il devient indispensable de s'intéresser à la question du corps puisqu'il constitue le seul outil permettant de comprendre les ressentis et expressions du bébé : « L'être de langage qu'il devient est tout d'abord un être de langage corporel et un être pétri, modelé par les sensations/perceptions » (Potel, 2010, p. 64).

Ce nouvel intérêt pour le corps s'accompagnera par la suite de travaux sur les relations corporelles et affectives entre la mère et l'enfant ainsi que sur le développement psychomoteur en général. Progressivement, le corps n'est plus seulement médical mais s'associe à la vie psychique, ce qui signe la naissance de la psychomotricité.

Potel (2010) explique ainsi que « le corps (et la compréhension du corps) possède son propre registre et le travail du psychomotricien va s'appuyer sur sa propre expressivité corporelle et sa sensorialité pour être au plus près de ce que dit l'autre avec son corps. » (p. 59-60). Selon elle, la spécificité du psychomotricien réside dans le fait que « nos pratiques ne se basent pas uniquement sur le verbal mais se fondent sur l'action, le mouvement, l'espace, la sensorialité, la rythmicité et la relation (...). » (p. 68).

Herzog (1989), psychomotricienne, précise quant à elle que :

Ce n'est pas le corps qui rend notre relation thérapeutique spécifique par rapport aux autres thérapies. C'est le mouvement, la posture, le tonus, une libre sensibilité émotionnelle, le lien entre les différentes enveloppes multisensorielles avec tous les aspects différents du langage.

En effet, le corps est inévitablement mis en jeu dans les autres thérapies et dans chacune des situations de nos vies, comme le confirme Ajuriaguerra (1962), neuropsychiatre et psychanalyste, en précisant que « (...) l'individu se manifeste à chaque instant globalement et totalement par ses postures, ses attitudes, ses mimiques. ».

Ainsi, ce n'est pas le simple fait d'utiliser son corps qui fait la spécificité du psychomotricien, mais plutôt la façon qu'il a de le mettre en jeu. Il est alors évident que, dans sa pratique, le psychomotricien est engagé tant sur le plan moteur que sensoriel, affectif, psychique, cognitif etc.

Ceci est d'ailleurs perceptible au travers de la définition du verbe « s'impliquer » qui signifie « Mettre beaucoup de soi-même dans ce qu'on fait. » (Larousse, s. d.).

Mais, pour Lesage (2012), cette implication multifactorielle dans la relation avec le patient n'est possible que si le thérapeute possède une propre connaissance de son corps. En effet, « Comment penser engager un dialogue corporel structurant si je ne suis pas moi-même capable de fréquenter mon corps, de faire le tri dans les sensations, de réguler mon tonus ? » (p. 238).

Il est essentiel que le professionnel ait pu expérimenter et identifier ce que cette implication corporelle fait vivre en lui. Il doit avoir développé sa conscience de lui-même afin de pouvoir se rendre disponible corporellement, s'impliquer, se positionner et se situer dans la relation. L'expérience partagée étant pour Lesage (2012) l'aspect principal de la prise en charge, il développe la notion de « corps antenne » (p.238) pour qualifier l'implication corporelle du thérapeute.

Il s'agit de développer une écoute ajustée au patient, de mettre tous ses sens en éveil pour capter ce que le patient nous transmet. Ceci demande un long et indispensable travail d'ajustement, d'observation et de recherche de la part du thérapeute. Au fil de sa pratique, le psychomotricien affine ces capacités. Il peut ainsi proposer au patient une implication corporelle assez « sensible », ajustée et accordée, qui constitue le « corps antenne ». L'engagement corporel dans la relation avec le patient devient alors un outil de travail : chez le thérapeute, les sensations, les émotions, les représentations induites par son implication constituent des clefs de compréhension des symptômes du patient. Cette implication doit bien sûr être ajustée dans sa distance et sa rythmicité.

Elle se doit aussi d'être assez « solide et structurée » pour faire face aux angoisses et aux souffrances des patients vivants souvent dans un « corps morcelé ». Selon lui, le thérapeute apprend à repérer par quel niveau il va entrer en contact avec un patient : moteur-mécanique, psychologique, sensoriel etc. « Plus on devient sensibles à ces nuances de la relation, plus on éprouve le besoin de se protéger en se réajustant chaque jour. » (p. 240). Il faut alors « s'échauffer », se préparer avant l'arrivée du patient, réfléchir à ce que l'on va proposer. En effet, selon lui, l'implication corporelle auprès du patient ne doit pas nous conduire à annuler toute réflexion ou implication cognitive. Ceci garantira la sécurité du patient et du thérapeute. Il est évident que cette mise en jeu du corps peut bouleverser le thérapeute sur différents plans de sa psychomotricité. Des limites doivent ainsi être posées.

J'ai tenté de montrer ici à quel point le corps du psychomotricien peut avoir une fonction d'écoute et de compréhension de l'autre, mais qu'il peut aussi être un support de stabilité dans la rencontre. Je vais maintenant développer deux aspects qui me semblent fondamentaux dans l'implication corporelle du psychomotricien : le dialogue tonico-émotionnel et l'imitation.

3.1.1 Le dialogue tonico-émotionnel

« Le tonus est la tension qui siège dans un muscle quand il est innervé. C'est la preuve que les nerfs ont migré jusqu'à leurs muscles respectifs ; ceux-ci sont alors réactifs et prennent vie. » (Robert-Ouvray, 1996, p. 32).

Le tonus est un élément fondamental de notre motricité. Il nous permet de maintenir une posture et soutient notre gestualité. Il est plus ou moins élevé selon les parties du corps, les pathologies, les instants de la vie etc., mais aussi selon les émotions qui nous traversent. Effectivement, le tonus est considéré comme un important vecteur d'émotions permettant même la naissance d'un dialogue infra-verbal lorsque deux personnes se rencontrent.

Ajuriaguerra (1960) qualifie cette communication de dialogue tonico-émotionnel. Selon lui, « l'état tonique est un mode de relation ». Ce dialogue se met en place dès les premiers instants de la vie et se retrouvera par la suite dans chaque rencontre. C'est ainsi que cet auteur s'intéresse au tonus chez l'enfant et évoque l'hypertonie et l'hypotonie visibles chez le nourrisson. En qualifiant la première « d'appel » et la seconde de « relâchement », il montre à quel point nous associons le tonus à l'état affectif et émotionnel.

Dans ce sens, Robert-Ouvray (1996), psychologue et psychothérapeute chez l'enfant, confirme que « dans leurs souvenirs, les parents assimilent immédiatement comportement tonique et comportement affectif. » (p. 37). Elle cite en exemple des parents décrivant leur enfant de la sorte : « Il était très calme, il ne pleurait pas du tout, il pouvait attendre tranquillement qu'on vienne. » (p. 37-38).

Effectivement, selon les psychiatres Bacholet & Marcelli (2010), dès sa naissance, le nourrisson a des modifications toniques, des expressions corporelles que nous n'avons de cesse d'interpréter. Devant un bébé qui pleure, qui est en hypertonie, la mère et l'entourage mettront des mots sur ce comportement, tenteront d'y donner un sens. Mais leur propre tonus se trouvera aussi modifié et pourra s'élever ou diminuer, se modifier selon les parties du corps et en fonction des émotions ressenties. De son côté, le nourrisson n'a pas accès au sens des mots mais est « (...) particulièrement sensible aux variations toniques des bras qui le portent et l'entourent. ». Il devient lui aussi un « fantastique « lecteur » d'émotions ». Rien d'étonnant selon les auteurs puisque le terme d'émotion provient du latin *ex* (en dehors) et *movere* (le mouvement). Elles sont donc vouées à « sortir » de la personne et à être captées par autrui.

De ce fait, chacun des protagonistes est sensible aux modifications toniques et émotionnelles de l'autre, ce qui permet la naissance d'un dialogue.

Lors de la phase de dialogue, l'action propre et celle d'autrui sont vécues ainsi que le montre Wallon, comme des attitudes interchangeableables. Ces attitudes font vivre dans le corps propre la vie développée d'autrui et l'enrichissent. C'est dans de telles situations que l'enfant peut ressentir dans son corps propre l'agressivité d'autrui ou vice-versa. (Ajuriaguerra, 1960).

Bacholet & Marcelli (2010) simplifient ces propos : « Pour J. de Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. ».

Selon Robert-Ouvray (1996), « Nous avons donc trouvé, dans le tonus, l'élément qui caractérise l'immaturité neuro-motrice du bébé et qui assure la double fonction d'intégration corporelle et de système de communication entre soi et autrui. » (p. 40). De plus, cette communication est qualifiée d'« infra-verbale » car elle n'a pas besoin d'être dite : elle se sent et se ressent. Ressentir la tonicité de l'autre fait naître en nous un état affectif, sensoriel, représentatif, nous permettant de nous faire une idée de l'état de l'autre, de nous situer plus ou moins consciemment dans la relation par rapport à l'autre et à nous-même.

Au-delà d'un mode de communication avec le nourrisson, ce dialogue tonico-émotionnel est mis en jeu tout au long de notre vie et dans chacune de nos relations. Dans la rencontre avec l'autre, nous recevons et exprimons des émotions à travers notre tonus, dans un dialogue qui modifie perpétuellement notre état interne et celui de l'autre, dans une influence mutuelle. Cet aspect est donc incontestablement mis en jeu dans la prise en charge psychomotrice. Si nous pouvons parfois subir les états toniques et émotionnels du patient ou lui faire subir les nôtres, ce dialogue tonico-émotionnel peut aussi devenir un réel outil de travail, une façon de soutenir et de guider le patient, à condition que le psychomotricien ait bien conscience de ce qu'il met en jeu par cette communication.

D'autre part, « Ce dialogue tonique, qui jette le sujet tout entier dans la communication affective, ne peut avoir, comme instrument à sa mesure, qu'un instrument total : le corps. ». (Ajuriaguerra, 1962). Alors, le dialogue tonique ne se réduit pas seulement au tonus, il fait appel au corps dans sa totalité. C'est ainsi, qu'entre autres, le regard et la posture se trouvent aussi mis en jeu.

En effet, la base du dialogue tonico-émotionnel se situerait dans l'engagement par le regard selon Bachevalier & Marcelli (2010). Entre la mère et l'enfant, le regard permet de s'assurer que l'autre est prêt et disponible à entrer en relation, puis il deviendra un soutien qui, associé à la prosodie, aux mimiques, au tonus, donnera un « sens émotionnel » à l'échange. Ces auteurs élargissent ainsi la notion de dialogue tonico-émotionnel à celle de dialogue « tonico-prosodico-mimo-émotionnel ». De plus, selon Robert-Ouvray (1996), la tonicité se transmet par le sens tactile mais également par la vision. Simplement en regardant une personne, nous pouvons identifier son état tonique. Cela fait ainsi naître des représentations dans notre psychisme mais aussi des sensations dans notre corps. Il n'y a donc pas besoin de se toucher pour qu'un dialogue puisse se mettre en place.

D'autre part, Ajuriaguerra (1962) s'intéresse à la fonction posturale dans le dialogue tonico-émotionnel et s'appuie sur les travaux de Wallon pour la qualifier comme « (...) à la fois action sur autrui et assimilation d'autrui ». Cela montre encore une fois comment notre corps, ici notre posture, permet d'agir sur l'autre mais aussi d'intégrer l'autre et son mouvement.

C'est par la posture de l'autre que l'enfant construit sa propre posture. Cet appui sur l'autre nécessaire au développement psychomoteur est d'ailleurs mis en jeu au travers de l'imitation, dont je vais maintenant tenter de préciser les caractéristiques.

3.1.2 L'imitation

C'est, selon Wallon (cité par Ajuriaguerra, 1962), psychologue et médecin, de la participation affective retrouvée dans la relation tonico-émotionnelle que va se dégager le processus d'imitation. L'imitation s'inscrit, selon lui, entre la fusion, la « symbiose affective » avec autrui, et le « dédoublement de l'acte » exécuté par le modèle, l'appropriation du geste sur les plans moteurs, psychiques et cognitifs. Ainsi, l'imitation est un vecteur essentiel pour l'avenir intellectuel de l'enfant : elle permet justement le passage entre ces deux états.

En effet, l'imitation participe à passer de la fusion dans la situation à la symbolisation qui permettra de donner un sens à cette motricité, « un équivalent fait d'images, de symboles, de propositions, c'est-à-dire de parties articulées dans le temps et graduellement mieux décomposables dans leurs éléments individuels. » (Wallon, cité par Ajuriaguerra, 1962). Ainsi, l'imitation semble être un moyen de construction de soi sur le plan psychique mais aussi cognitif.

Nadel (2019), psychologue, évoque elle aussi cette fonction de l'imitation qui consiste d'abord à « coller » à l'autre, puis à s'approprier le mouvement et se construire en tant qu'individu :

Si l'imitation a été sélectionnée au cours de l'évolution, c'est bien parce qu'elle est une psychomotricité partagée, ce qui permet à la fois de se sentir comme l'autre en faisant pareil en même temps, et d'apprendre par l'autre en remaniant son répertoire moteur pour l'ajuster à sa perception.

Elle considère l'imitation comme un vecteur de plasticité, c'est-à-dire la « capacité d'adaptation continue aux conditions changeantes de l'environnement » (Blackemore & Frith, cité par Nadel, 2019). Tout d'abord, le fait d'imiter l'autre permet d'enrichir son propre répertoire moteur, et ce dès la naissance. Le nourrisson, lorsqu'il « couple sa perception et son action » en imitant est capable de « faire du neuf avec du vieux ». Cela signifie qu'il est capable d'imiter des gestes qui lui sont familiers, mais aussi de moduler son geste en fonction de ce qu'il perçoit du geste de l'autre, et ainsi d'accéder à des capacités motrices nouvelles. L'imitation engendre donc une plasticité à la fois comportementale et neuronale.

Il est possible de distinguer l'imitation immédiate, l'imitation décalée qui correspond à faire la même chose que l'autre mais avec du retard, puis l'imitation différée ou apprentissage par observation que l'on retrouve lorsque l'individu intègre le mouvement de l'autre pour le reproduire pour lui, en l'absence de l'autre.

Je vais m'attarder ici sur l'imitation immédiate et sur l'influence de celle-ci sur celui qui est imité : « L'imitateur a un public et l'imitation a nécessairement un effet : elle modifie l'état de celui qui est imité en même temps qu'elle modifie l'état de l'imitateur » (Nadel, 2019). On voit ainsi se dessiner le rôle social de l'imitation : l'imitateur et l'imité alternent les rôles, à l'image d'une conversation. L'action se retrouve ainsi partagée et appartient en même temps à chacun en devenant une « co-propriété ».

Ceci est d'autant plus remarquable avec l'implication des neurones miroirs : lorsque nous voyons une personne en train de faire une action, nos propres neurones s'activent comme si nous étions nous aussi en train de faire cette action. Cette activation permet ainsi une meilleure intégration du mouvement.

En outre, il est intéressant de remarquer que « l'autre reçoit généralement son imitation comme une marque d'intérêt ou même d'admiration. » (Nadel, 2019). Si l'imitation semble permettre une synchronisation des protagonistes sur le plan comportemental, ceci est également visible sur le plan cérébral. En effet, dans l'imitation synchrone, les cerveaux se synchronisent sur une certaine bande de fréquence (alpha-mu). De plus, dans l'imitation spontanée, on remarque une activation du cortex pré-frontal dorsolatéral médian dans l'imitation spontanée et la reconnaissance d'être imité. « Or, cette zone est activée dans la cognition sociale : c'est bien d'anticipation qu'il s'agit lorsque l'on doit prendre son tour dans la conversation ». (Nadel, 2019) Ceci montre, une fois de plus, le caractère social de l'imitation.

Dans le développement ordinaire, l'imitation immédiate se retrouve pendant la période pré-verbale, entre 18 et 42 mois environ, avec un pic d'utilisation entre 24 et 30 mois. Nadel (2019) insiste sur le fait que l'imitation a un intérêt même chez les personnes ayant une faible répertoire moteur car, comme dit précédemment, l'imitation peut se baser d'abord sur des mouvements familiers, connus. C'est, par la suite, l'apport de légères variations dans la conversation de l'imitation qui permettra un enrichissement du stock de mouvements, à condition que ces nouveaux mouvements aient un sens pour la personne.

Ainsi, pour conclure :

La plasticité concerne les deux adaptations majeures auxquelles tout jeune individu doit faire face, l'adaptation au monde humain qui suppose la communication, et l'adaptation au monde physique qui suppose l'apprentissage de savoir-faire. Dans les deux cas, la présence d'un congénère est primordiale. Elle permet la similitude, la synchronie, la réciprocité, le tour de rôle, toutes les variables dyadiques de la conversation. (Nadel, 2019).

Cette citation me permettra de m'attarder, pour finir, sur l'importance de l'autre dans le développement. Ainsi Wallon (cité par Ajuriaguerra, 1962), affirme que l'individu possède dès sa naissance les moyens et surtout le besoin d'être en relation avec autrui : « L'enfant reste des mois et des années sans rien pouvoir satisfaire de ses désirs sinon par le moyen d'autrui. ». Toute son existence repose donc sur son rapport à l'entourage et plus précisément sur « (...) ses propres réactions qui suscitent en autrui des conduites profitables pour lui (...) » et sur les réactions de l'entourage annonciatrices de certaines conduites. Les deux auteurs insistent sur le « caractère fondamentalement social de l'enfant ». Il est alors indispensable de répondre de façon ajustée à ce besoin de socialisation, sous peine de causer de graves dégâts dans la construction psychomotrice de l'individu.

Ces apports théoriques confirment à quel point le comportement et l'implication d'autrui ont une influence sur la construction de l'enfant. Je considère l'implication du psychomotricien comme un moyen d'étayer le développement du patient. Que sous-entend cette notion d'étayage ? Que signifie-t-elle et quelles sont ses bases ?

3.2. La fonction d'étayage

Le terme d'étayage provient du verbe « étayer » qui signifie : « Soutenir un élément, une partie de construction au moyen d'étais. » (Larousse, s. d.). On voit donc à travers cette définition à quel point le terme d'étayage sous-entend la notion d'appui, de soutien mais aussi de processus de construction.

3.2.1 Approche éducative

Je vais commencer cette partie sur l'étayage en m'intéressant à l'approche éducative que propose Cloutier (2012), éducatrice. Selon elle, l'étayage peut être considéré comme :

(...) une forme d'accompagnement où un partenaire avec plus d'habiletés que l'enfant le soutient, dans sa zone de développement proximal, de façon appropriée, pour que celui-ci soit capable d'augmenter ses compétences dans une situation donnée, dans une perspective d'autonomie. (p. 60).

Elle cite ici sur les travaux de Vygotski (1997), pédagogue psychologue, pour parler de la zone de développement proximal : quand l'enfant est soutenu par un adulte, il peut faire plus que lorsqu'il est seul, cet écart est qualifié de zone de développement proximal.

Cependant, même si l'enfant peut faire plus, il ne peut pas non plus tout faire, ses capacités restent étroitement liées à son niveau de maturation. Chaque enfant est unique et il est très important que l'intervention de l'adulte soit bien ajustée en fonction de cette zone de développement proximal afin d'éviter de proposer des situations trop difficiles qui provoqueraient le désintérêt de l'enfant.

Elle insiste alors sur l'importance de l'observation, de l'analyse et l'interprétation des observations, de la planification et du retour sur la démarche. L'adulte doit pouvoir analyser son implication afin de ne pas tomber dans une intervention trop permissive ou au contraire trop directive qui insécuriserait l'enfant. Elle souligne clairement « (...) l'importance d'amener l'enfant vers la compréhension des attentes plutôt que vers l'exécution des consignes. » (p. 176).

En effet, l'étayage est ici qualifié de « processus dynamique » par le fait qu'il ne s'agit pas d'une intervention mécanique mais bien d'un accompagnement qui tient compte du cheminement de l'enfant. « Accompagner un enfant sous la forme d'étayage signifie de s'adapter à ses réactions pour le soutenir dans ses actions. » (p. 61). Ce travail nécessite selon elle une implication chaleureuse de la part de l'adulte avec une recherche de proximité physique et des mots affectueux, ainsi qu'une clarté de communication.

« L'intersubjectivité » prend une place importante dans ce travail d'étayage : l'enfant est un participant actif que l'adulte vient soutenir. Ce dernier ne s'impose pas à l'enfant et doit savoir se mettre en retrait lorsque l'enfant peut faire seul. Il ne s'agit pas seulement d'apporter de l'aide à l'enfant, mais de lui apporter le soutien nécessaire afin qu'il puisse ensuite faire par lui-même.

Enfin, Cloutier (2012) s'appuie sur les travaux de Bruner (1983) à l'origine de la théorie des six fonctions de l'étayage, à savoir :

- l'enrôlement : il s'agit de chercher l'intérêt de l'enfant.
- la réduction des degrés de liberté : l'adulte simplifie la tâche et laisse faire à l'enfant ce qu'il peut faire.
- le maintien de l'orientation : l'adulte maintient la motivation de l'enfant en l'encourageant et en montrant de la sympathie.
- la signalisation des caractéristiques déterminantes de la tâche : l'adulte signale les caractéristiques qui vont faciliter la réalisation de la tâche.
- le contrôle de la frustration : l'adulte vérifie que son intervention est ajustée et qu'elle facilite la réalisation de la tâche.

- la démonstration : l'adulte fait une démonstration dans le but que l'enfant l'imité.

Cette théorie permet d'éclaircir les buts et moyens de l'implication de l'adulte dans l'étayage de l'enfant. Ces 6 fonctions sont reprises par Cloutier (2012) sur un versant éducatif, mais peuvent aussi s'appliquer, selon moi, à l'intervention du psychomotricien. Je vais maintenant aborder l'étayage qui peut être apporté à l'enfant dans son développement psychomoteur en général.

3.2.2 Le soutien psychomoteur

J'ai pu montrer ci-dessus avec la définition du verbe « étayer » que cette notion est étroitement reliée au terme de « soutien ». Robert-Ouvray (1996) définit justement le soutien que l'adulte peut apporter à l'enfant pour faciliter son développement psychomoteur.

Selon elle, soutenir un bébé c'est d'abord le tenir physiquement et garantir sa sécurité corporelle. Elle explique alors comment porter un bébé en toute sécurité et l'importance de le porter en position d'enroulement afin de respecter son organisation centripète. De plus, « soutenir un enfant, c'est également assurer des conditions de sécurité externe : c'est garder à l'esprit l'importance du monde vibratoire des premiers échanges et des premières intégrations sensorielles. » (p. 180). Il faut alors éviter les stimulations trop fortes et s'adapter au fait que le seuil de tolérance de l'enfant soit plus bas que le nôtre.

Mais, « soutenir un bébé, c'est également envelopper de mots et d'affects ses expressions corporelles et émotionnelles. » (p. 160). Le dialogue-tonique que j'ai évoqué précédemment devient alors un moyen de soutien et d'étayage. L'auteure insiste sur l'importance de parler à l'enfant même dans ses premiers mois de vie. L'adulte, et plus particulièrement la mère, devient un référent assurant une certaine stabilité et « le soutien psychocorporel appartient à l'ensemble des soins à apporter à l'enfant : prendre soin de lui signifie aussi prendre soin de son corps organisé. » (p. 179). On voit alors à quel point les soins apportés par la mère constituent un soutien dans l'organisation psychomotrice de l'enfant.

Ces propos entrent en résonance avec ceux de Winnicott (1960), pédiatre et psychanalyste, qui s'est aussi attardé sur cette question des soins maternels. Il développe notamment la notion de maintien à laquelle il associe les termes de « portage » et de « holding ». Il explique que ce terme de *holding* signifie tout d'abord que l'on porte physiquement l'enfant : « Dans « maintien », il y a surtout le fait que l'on tienne physiquement l'enfant, ce qui est une forme d'amour. » (p. 250).

Ce portage d'abord physique comprend tous les soins apportés par la mère à l'enfant, il permet de le protéger contre les risques physiques et physiologiques, et s'ajuste et s'accorde à l'enfant en tenant compte de sa sensorialité. Mais, maintenir l'enfant, le porter, doit aussi tenir compte du fait qu'il ne se perçoit pas encore comme un être différencié. On voit alors se dessiner, au-delà de l'aspect physique, la dimension psychique que comprend le portage.

3.2.3 Portage et contenance psychique

Ainsi, le *holding* comprend aussi tout ce que l'environnement apporte à l'enfant et qui permettra son développement psychique. D'abord indifférencié de son environnement, l'enfant va s'appuyer complètement sur sa mère pour se construire psychiquement. Dans des conditions non pathologiques, le portage physique proposé par la mère sera aussi un portage psychique puisqu'il protégera l'enfant des expériences angoissantes ce qui garantira son intégrité psychique. Ceci est une condition essentielle à la construction du Moi de l'enfant et à son unification. En effet, les dimensions physiques et psychiques de ce holding permettront un renforcement du Moi de l'enfant par le Moi maternel. Winnicott (1960) développe aussi la notion de « *handling* » qui correspond à la façon dont l'enfant est mobilisé, traité, soigné par l'adulte. Ainsi, selon lui, un maintien et des soins satisfaisants permettront la construction d'un « (...) sentiment de continuité d'être, base de la force du moi. » (p. 253).

On voit ici à quel point la présence corporelle de l'autre est importante dans la construction psychique d'un individu. Ce maintien, portage ou holding fait appel à la fonction contenante du milieu dans lequel se trouve l'enfant. En effet, le soutien que propose le milieu est déterminant dans la construction de l'enveloppe psychique de l'enfant.

En m'appuyant sur la définition de Ciccone (2001), psychologue clinicien et psychanalyste, je ne considère pas ici l'enveloppe psychique comme un objet en tant que tel mais comme une fonction : « La fonction-enveloppe est une fonction de contenance, qui consiste à contenir et transformer. ». Le terme d'enveloppe est alors une métaphore pour désigner la fonction contenante. Dans le champ de la psychanalyse, la contenance est un modèle à part entière qui attend de la part du thérapeute une « (...) capacité de contenir les émotions, les pensées que le moi trop fragile du patient, trop peu assuré dans son sentiment d'existence, ne peut contenir, ne peut tolérer, ne peut penser. ». C'est donc par la compréhension de la douleur de l'autre que la douleur sera contenue.

Je souhaite m'attarder ici sur la théorie de Bion (1962), psychiatre et psychanalyste, sur laquelle s'appuie Ciccone (2001) : « Bion a construit le modèle du « contenant-contenu » : l'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience, la détoxiquer. ».

L'enfant peut vivre des expériences angoissantes, il va alors projeter ses éprouvés qui seront qualifiés de « *bêta* » vers la mère. Il s'agit d'une identification projective normale qui « (...) consiste à communiquer un état émotionnel, à transmettre et à faire éprouver à l'objet un contenu émotionnel, un état affectif que le sujet n'a pas les moyens de penser. ». La mère va alors accueillir ces éprouvés, les transformer pour permettre à l'enfant de s'apaiser : il s'agit de la « *fonction alpha* », étroitement liée à la fonction de symbolisation. Se forme alors un couplage « contenant-contenu » qui sera réintrojecté par l'enfant et qui lui permettra de développer progressivement son propre « appareil à penser ».

Pour que le milieu soit sûr et contenant, les fonctions maternelles (l'horizontalité, la réceptivité et la contenance) et les fonctions paternelles (la verticalité et la fermeté) doivent être équilibrées : « Une juste alliance des aspects maternels et paternels est requise pour donner à l'enveloppe les qualités plastiques nécessaires à la contenance, qui doit articuler étanchéité et perméabilité, consistance et élasticité. » (Ciccone, 2001).

Selon Ciccone (2001), l'objet contenant doit alors remplir certaines qualités : portage, soutien, holding, présentation des objets, capacité de rêverie, fonction alpha, activité de symbolisation, sollicitation (l'objet contenant doit être un « attracteur » de la vie émotionnelle et pulsionnelle, il doit être stimulant) et rythmicité (afin de garantir une anticipation sécurisante).

En pratique, Ciccone (2001) insiste sur l'importance de l'observation qui est une première forme de contenance. Mais vient ensuite selon lui l'implication, présente avant toute tentative d'explication d'une situation. « On peut dire que seule l'implication est chemin de rencontre ; s'impliquer c'est être dans le pli, dans le rythme de l'autre. ». Celle-ci passe alors par les gestes qu'il qualifie de « praxies de maternage ».

Dans le champ de la psychomotricité, Potel (2010) parle en effet de « contenance maternelle » du psychomotricien : comme la mère qui va solliciter son enfant tout en régulant et en apaisant si besoin, le psychomotricien va « stimuler et accepter les excitations motrices, ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique (rôle de pare-excitation). » (p. 330).

Cependant, le psychomotricien doit être à la fois « réceptacle » en acceptant la régression et « séparateur » en faisant un effort de symbolisation des éprouvés qu'il reçoit et en faisant appel au « tiers paternel ». Cette capacité de contenance fait selon elle appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique.

Il est clair que l'étayage, le soutien de l'autre, passe autant par le corps que par le psychisme. Ainsi, le psychomotricien fait appel à son corps, son attitude, sa posture pour que le cadre « tienne », mais aussi à son appareil psychique qu'il pourra prêter au patient afin d'apporter une présence sensible, qui pourra rassurer, tranquilliser et apaiser.

Pour terminer ce travail, je vais à présent relier les éléments théoriques et cliniques cités précédemment afin de tenter de répondre à ma problématique qui, pour rappel, est la suivante : En quoi l'implication corporelle du psychomotricien constitue-t-elle un étayage dans la récupération de la marche autonome chez l'enfant polytraumatisé ? Les hypothèses citées jusqu'à présent seront affinées dans cette troisième partie, et j'ajouterai de nouvelles informations cliniques et théoriques qui viendront appuyer mon propos.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

1. Le corps accidenté

Afin de cibler au mieux les fonctions de notre implication en tant que psychomotricien auprès de Nino, j'ai voulu m'intéresser davantage au rapport que cet enfant entretient avec son corps. Pour cela, il me paraît nécessaire de situer plus précisément le niveau de développement de ce patient sur le plan moteur.

1.1 Précision sur le retard posturo-moteur et locomoteur de Nino

Je vais m'appuyer dans ce paragraphe sur l'item de développement posturo-moteur et locomoteur de l'échelle de Développement moteur fonctionnel du jeune enfant de Vaivre-Douret (1997). À ce jour (avril 2021), Nino a 3 ans et 8 mois, soit 44 mois.

Or, l'évaluation confirme que Nino possède le développement posturo-moteur et locomoteur d'un enfant de 12 mois. En effet, il peut, au maximum, se mettre à genoux, passer en position de chevalier servant, marcher latéralement avec appui contre les meubles, marcher en étant tenu par la main ou encore lâcher une main une fois debout. Or, à 44 mois, Nino devrait pouvoir marcher sans appui, courir, tenir debout seul sur une poutre, sautiller sur un pied, monter seul un escalier en changeant de pied ou encore pédaler sur un tricycle.

Au moment de son accident, Nino avait le développement normal d'un enfant de 22 mois : il était capable de se mettre debout seul sans appui, de marcher de façon autonome, de faire un demi-tour, de donner un coup de pied dans un ballon sans tomber, de faire au moins deux pas en arrière, de tenir debout sur un pied à l'aide d'un appui, ou encore de descendre un escalier avec de l'aide.

Je constate alors à quel point cet accident est cause de régression pour Nino. À ce propos, les termes de perte, de régression mais aussi de récupération sont souvent employés dans le processus de rééducation de Nino. Tessier (2015), docteur en philosophie, considère pourtant qu'aucun retour en arrière n'est possible à la suite d'un accident : « Le corps blessé ne peut pas être ramené à un état antérieur, il gardera la marque de ses blessures. Néanmoins, il peut être rééduqué, parfois « remis sur pieds ». » (p. 72).

J'utilise moi-même le terme de récupération dans ce travail. Ainsi, après cet éclairage théorique, je tiens à préciser que je l'emploie dans une perspective de récupération de la fonction « marche autonome », objectif sur lequel nous nous basons pour accompagner Nino. Mais le terme de récupération ne sous-entend pas pour moi le fait de récupérer une marche autonome avec les mêmes qualités qu'avant : celle-ci sera forcément impactée par l'accident et aura des caractéristiques particulières.

Venons-en maintenant à cet accident. J'ai évoqué jusqu'à présent mes observations cliniques concernant les particularités de Nino, les apports théoriques concernant le polytraumatisme, ses conséquences sur la motricité et sur l'entourage de la victime. Mais qu'en est-il justement du vécu de la victime ? Comment l'accident a-t-il pu impacter la construction de Nino en tant qu'individu ? Quel rapport Nino entretient-il avec ce corps qui a perdu de nombreuses capacités ? Je ne prétends pas comprendre ici avec certitude le vécu de Nino, notamment au vu de son retard de langage, du manque de lien avec la famille et de la variabilité avec laquelle chaque enfant se construit ; mais j'élaborerai des hypothèses afin de cerner davantage le vécu de cet enfant.

1.2 Le temps de l'accident : corps et identité

Comme dit précédemment, Nino s'est, dans un premier temps, construit de façon harmonieuse. Puis vient l'accident, à ses 1 an et 10 mois. Selon Tessier (2015), c'est cet « évènement qui surgit inopinément du réel et semble faire « effraction » dans l'existence du sujet ; il y a une rupture de trajectoire pour l'individu qui en est la « victime ». » (p. 78). En effet, l'accident a une temporalité particulière : il n'existe que dans la rencontre, dans le choc, dans l'instantanéité. On voit alors à quel point l'accident crée un « avant » et un « après » dans la vie du sujet. J'ai pu constater, par le manque d'éléments d'anamnèse à ma disposition concernant Nino, à quel point il a été difficile pour moi de faire exister cet « avant ». Comme si l'enfant que j'avais devant moi n'existait que depuis l'accident. Mais est-ce vraiment le cas ? Nino est-il devenu si différent ?

L'identité est ce qui nous caractérise, qui nous rend unique. Elle est en constante évolution tout au long de la vie.

Si l'identité est le lieu de permanence à soi, de la reconnaissance de soi à travers les divers changements subis au cours du temps et de la reconnaissance de soi par les autres, tous ces éléments s'évaporent après l'arrivée de l'accident. (Tessier, 2015, p. 233).

En effet, le corps participe à la construction de l'identité, il en est même le support. Notre corps reflète ce que nous sommes et l'auteure résumera son propos par cette phrase : « Je suis mon corps ». Nino, jeune enfant au moment de l'accident, était encore en plein développement et en train de se construire en tant que sujet. Se retrouver avec un corps accidenté, corps qui est normalement support de son individuation, entraîne alors forcément un remaniement identitaire. En effet, « toute reconstruction identitaire se fait sur le fil des dualités passé/avenir (avant et après l'accident), déficience/capacités, récupérable/irrécupérable (réparations, compensations, dépassement de soi). » (Tessier, 2015, p. 24).

L'auteure évoque alors trois phases de ce remaniement identitaire qui se base sur le rapport que l'individu entretient avec ce « nouveau » corps, la première étant la phase de *séparation*.

1.2.1 La séparation, entre corps et hospitalisation

Durant cette phase de *séparation*, l'altération corporelle oblige l'individu à porter attention à ce corps, à en prendre conscience souvent de façon douloureuse. Mais ce dernier n'est plus comme avant. Il se crée alors une altérité que l'auteure assimile à la notion « d'inquiétante étrangeté » développée par Freud (1973). Notion qui pourrait se traduire de cette façon : Je sais que ce corps est toujours le mien, pourtant, j'ai l'impression que ce n'est pas moi.

Le corps reste toujours celui de la victime mais il devient si étrange qu'il crée de l'inquiétude. L'individu met alors une distance avec son corps, et « la représentation de soi comme unité semble détruite. » (Tessier, 2015, p. 234). Cette expérience d'être soumis à un corps « persécuteur », qui occupe soudain toutes les préoccupations, pourrait avoir laissé des traces douloureuses et négatives dans le rapport qu'entretient Nino à son corps. Il s'est retrouvé avec un corps qui est le sien mais qui ne fonctionne plus de la même façon et l'entrave dans son autonomie. Comment retrouver ses repères dans ce corps accidenté, fragmenté, étrange et inquiétant ? J'imagine que cela a forcément été source d'angoisses pour Nino, angoisses qui auraient pu le conduire à désinvestir totalement son corps.

J'associe cette phase de séparation entre le sujet et son corps, à la question de l'hospitalisation. Pour Champonnois (2002), psychologue, l'hospitalisation est synonyme de séparation et d'absence plus ou moins prolongée des parents. J'ai évoqué précédemment l'importance des soins maternels, du portage et du soutien dans la construction psychomotrice tout au long de l'enfance. De plus, l'enfant se construit par le toucher et le regard de l'autre. Or, comme l'a décrit Korff-Sausse (1996), le regard des parents devient différent après l'accident, face à cet enfant au travers duquel ils ne se reconnaissent plus (p.31).

Selon Champonnois (2002), ces entraves dans le lien parent-enfant peuvent alors entraîner des difficultés de représentation et d'appropriation de soi pour l'enfant, difficultés sûrement majorées par les conséquences physiques et psychiques de l'accident. L'image du corps, l'intégration des limites du corps (dedans/dehors) et le sentiment d'enveloppe corporelle se trouvent altérés.

Je ne sais pas à quelle fréquence et de quelle manière les parents de Nino ont pu être présents durant cette hospitalisation, mais il est probable qu'il y ait eu une discontinuité du lien durant cette période, d'autant que l'hospitalisation de Nino a duré en tout quatre mois, période divisée en deux par une étape de retour à domicile (p. 4). D'autre part, la question des limites du corps est en effet mise en jeu chez Nino, d'abord au travers de ses troubles de l'oralité et de son retard d'acquisition de la propreté. Il refuse toujours de manger autrement qu'au biberon et le contrôle sphinctérien n'est pas du tout acquis. Ces particularités, jouant les notions de dedans/dehors, peuvent être comprises au travers des atteintes neurologiques de Nino mais aussi des soins invasifs qu'il a subis lors de son hospitalisation (notamment la pose d'une sonde naso-gastrique) qui ont pu entraver l'intégration des limites du corps.

Ensuite, Nino cherche de plus en plus les situations contenantes et enveloppantes en séance : il aime qu'on lui construise une cabane avec les modules et tient à ce que chaque entrée soit bien fermée à l'aide d'un tissu. Une fois dans la cabane, il s'allonge en se collant contre les murs. De même, quand il semble avoir trop chaud, il se montre très anxieux lorsque nous tentons de lui enlever son pull : il refuse qu'on le touche, se met à pleurer et à hurler tout en se grattant le ventre. Une fois le pull enlevé, l'envelopper dans un tissu calme ses pleurs.

Ce dernier exemple pourrait témoigner d'un besoin d'enveloppement, mais aussi d'une particularité sensorielle, Nino étant très sensible sur certains plans que je décrirai ultérieurement.

Quoi qu'il en soit, au regard des théories et observations cliniques citées précédemment, l'hypothèse d'un défaut du sentiment d'enveloppe corporelle n'est pas à écarter selon moi.

Revenons maintenant aux étapes du remaniement identitaire : que se passe-t-il après la *séparation* ?

1.2.2 Un nouveau Nino ?

La deuxième phase de remaniement dont parle Tessier (2015) est la phase de *réclusion*. Là, l'élaboration psychique se met en place et le sujet s'approprie sa situation : « La stabilité de notre identité se confirme par le fait d'admettre que notre corps reste le nôtre malgré ses variations. » (p. 221). Le soi est mis à l'épreuve par l'accident et se « métamorphose ». Ainsi, l'accident est source d'altérité, d'inconnu, mais également d'identité et d'appropriation. Les aides extérieures apportées au sujet (prise en charge médicale, paramédicale, psychologique) sont déterminantes dans cette phase.

Vient enfin *la réintégration* durant laquelle il est temps pour l'individu de se réintégrer dans le champ social. Il faut alors affronter le regard de l'autre ; en effet, « aucun défaut physique n'échappe à l'œil du valide. » (p. 244). Il faut aussi faire face à la pitié et la compassion. L'enjeu de cette phase sera de remettre de la successivité dans les événements. Le soi se construit lorsqu'on peut se raconter. Il faudra alors créer une identité narrative en ne considérant plus seulement l'accident comme une rupture, mais comme un événement s'intégrant avec continuité dans la vie du sujet. L'accident pourra alors, dans le meilleur des cas, être investi de façon positive et devenir une source de « renaissance » permettant une nouvelle direction dans la vie de l'individu.

Où se situe Nino dans tous ces remaniements ? Je prends tout d'abord conscience à travers cet apport théorique qu'un « nouveau Nino » n'est pas « né » le jour de cet accident. Bien sûr, aucun retour en arrière n'est possible et Nino a subi un événement d'une telle gravité qu'il s'en trouve forcément changé tant physiquement que psychiquement. Chaque événement de la vie est de toute façon source de changement pour chacun et j'imagine que des éléments identitaires en lien avec cet accident seront remis au travail dans chacune des étapes de vie de Nino (nouvelles rencontres à l'école, adolescence, âge adulte etc.). Cependant, cet enfant reste par essence la même personne et je déplore d'ailleurs que sa vie d'avant l'accident soit si difficile d'accès pour nous en séance.

Il ne s'agit pas de rester focalisé sur le passé, mais j'émet l'hypothèse que penser la vie de Nino comme une continuité et pas seulement en termes de rupture nous permettrait d'apporter un accompagnement encore plus entier et ajusté.

Concernant le comportement général de Nino, je n'observe pas d'éléments allant dans le sens d'un rapport douloureux au corps. Nino est dans un élan positif avec une réelle appétence pour le mouvement. Je considère qu'il a su s'approprier son corps et ses nouvelles capacités. Cependant, nous le soutenons beaucoup dans ses explorations et évitons de le mettre en difficulté. Nous lui proposons toujours des expériences situées dans sa « zone de développement proximal » dont parle Cloutier (2012) (p. 41). Il m'est alors difficile de percevoir le rapport qu'a Nino à l'échec : comment se comporte-t-il quand il se rend compte que son corps l'entrave dans ce qu'il voudrait faire ? Se rend-il compte de son retard lorsqu'il est en présence d'autres enfants ?

Enfin, son intérêt pour les situations enveloppantes me laisse penser que sa perception du corps manque probablement de lien et d'unité. Ce corps accidenté que Tessier (2015) qualifie de « (...) perdu, exposé, lésé, relégué. » (p. 255) est peut-être encore perçu par Nino comme fragmenté, comme ne constituant pas un appui sûr. Ceci me renvoie alors à l'insécurité que montre Nino lorsqu'il tente de marcher.

1.2 Retour sur la perte de la marche autonome

1.2.1 Une source d'insécurité

Se faire renverser par une voiture est inévitablement source d'angoisse et d'insécurité. Ainsi, le sentiment de sécurité de Nino a probablement volé en éclats, tout comme lui-même lorsqu'il a été projeté au sol lors de cette expérience violente et vide de sens. Mais au-delà des angoisses provoquées par l'accident, une des conséquences de cet événement est elle-même source d'insécurité : la perte de la marche autonome.

J'ai montré précédemment que la construction de l'axe par la verticalité, et donc par la marche, est source pour l'enfant d'appartenance à l'espèce humaine, d'individuation, d'agentivité et de subjectivité (p. 25). Tous ces éléments étaient en construction chez cet enfant avant son accident. Mais ce dernier a conduit Nino à perdre son autonomie, à ne plus pouvoir se déplacer seul et à accéder à la verticalité seulement dans l'insécurité. Sa subjectivité a ainsi été touchée, tout comme son agentivité. Il subit son état et n'est pas acteur de la situation. Il passe alors du statut « d'agent » à celui de « patient », selon Tessier (2015).

L'accès au « je » inhérent à la verticalité est mis à mal et le déséquilibre moteur dont il souffre entrave sa construction en tant que sujet.

Je constate finalement que l'insécurité en rapport avec la marche est double chez Nino :

- d'une part, la perte de la marche autonome entraîne probablement des remaniements source de perte de repères et d'anxiété.

- d'autre part, la marche elle-même devient une source d'insécurité : en effet, Nino marchait lors du début de la prise en charge en psychomotricité. Mais cette marche était associée à une grande anxiété à chuter et à aller au sol, elle ne pouvait se faire qu'en s'agrippant à la main de l'adulte et de façon très instable. Le déséquilibre que subit Nino dans la marche ne rend sûrement pas cette activité des plus sécurisante. De plus, au regard des hypothèses citées précédemment, cette insécurité doit être exacerbée si Nino ressent son corps comme un objet altéré, abîmé, qui ne tient plus. Il devient ainsi difficile de s'appuyer sur son propre corps et de s'éloigner du corps de l'autre. Alors, comment permettre à Nino de reconstruire un sentiment de sécurité au travers de la marche ?

1.2.2 La régression, un outil de réassurance

J'ai cité les travaux de Ponton (2015) ayant montré que le sentiment de sécurité se construit justement durant les différentes étapes de la verticalisation de l'enfant (p.26). Pour rappel, voici les 5 déterminants qui permettent sa construction :

Le flux de la respiration / le rassemblement et le dépliement / le retournement par l'assise du bassin / le repousser par les appuis dans le sol / l'appui visuel. Il est intéressant de mettre en parallèle ces 5 déterminants avec les atteintes dont Nino a été victime :

Les atteintes pulmonaires / les fractures à la clavicule, à la colonne et le traumatisme crânien / la spasticité des membres inférieurs et la paraparésie du bras droit / l'atteinte à la pupille et le strabisme. Ces atteintes impactent donc chacun des 5 déterminants nécessaires à la (ré)acquisition d'un sentiment de sécurité par la verticalité. Pourtant, il semblerait que certains d'entre eux aient tout de même été mis en jeu en séance avec Nino, et notamment le repousser par les appuis dans le sol.

Le sol a en effet constitué un formidable outil de travail que nous avons utilisé afin que Nino se sente davantage en sécurité dans la verticalité. Pourtant, retourner au sol lorsqu'on est capable de marcher avec appui est synonyme de régression. Nous sommes faits pour marcher, pour nous redresser et utiliser nos membres supérieurs comme outil.

Et malgré cela, nous avons choisi de conduire Nino vers une régression motrice encore plus importante que celle dans laquelle il était déjà.

Mais Nino s'est rapidement saisi de nos propositions à aller au sol, finissant même par ne plus vouloir se détacher de ce dernier. Il a progressivement refusé de marcher, privilégiant les déplacements au sol et se montrant en grande insécurité une fois debout.

Le faire marcher en le tenant par le bassin est devenu quasiment impossible, tout comme l'inviter à s'équilibrer avec un objet, ceci provoquant pleurs et gestes de désapprobation. Après quelques pas, Nino se laissait aller au sol. Comment expliquer ce nouvel intérêt pour le sol et ce délaissement de la marche ?

Je souhaite éclairer ce questionnement avec la métaphore de « l'échafaudage » apportée par Forestier (2011) pour caractériser le développement de l'enfant (p.25). L'auteure avance que si la base de la construction n'est pas solide, le reste de celle-ci ne tiendra pas. Ainsi, lorsque des fissures apparaissent dans la construction, plutôt que de tenter de les colmater, il semble plus bénéfique de retravailler les fondations. J'ai pu décrire dans la première partie de cet écrit les différents schèmes de mouvements que nous faisons ré-expérimenter à Nino, et les différents apports théoriques cités confirment que ces expérimentations permettent à Nino de mettre en jeu des coordinations essentielles à la ré-acquisition de la marche autonome.

D'autre part, Lesage (2012) a insisté sur l'importance des appuis et de l'expérimentation du sol dans cette idée que s'appuyer et repousser permet de s'abandonner, de prendre conscience et confiance en ses appuis, d'éprouver sa solidité et de se densifier. J'émet l'hypothèse que Nino a trouvé dans le sol un moyen de se sentir de nouveau solide, un environnement moins hostile dans lequel il se sentait finalement plus en sécurité que dans cette position debout instable, accroché à l'adulte. Progressivement, les 5 déterminants de Ponton (2015) ont pu être retravaillés dans toutes ces expérimentations, permettant à Nino de retourner vers la verticalité de façon plus autonome et plus sereine. Ainsi, de nouvelles expériences ont pu avoir lieu, notamment autour de l'exploration directe de la marche.

1.2.3 L'exploration de la marche en séance : illustration clinique

Fort de toutes ces expérimentations au sol, Nino montre maintenant un meilleur équilibre en position debout et lorsqu'il marche. Progressivement, il se met davantage debout, il accepte les jeux dans lesquels nous lui proposons de marcher et semble y prendre beaucoup de plaisir. J'ai décrit dans la première partie de ce travail l'exemple du jeu lors duquel Nino devait marcher en s'appuyant sur deux cordes tendues entre nous et l'espalier.

Il n'a jamais voulu reprendre cet exercice. Le fait de lui proposer une expérience nécessitant de s'appuyer sur un support instable, et en étant éloigné d'autrui était peut-être trop loin de sa zone de développement proximal. Mais, aux environs de la fin du mois de février 2021, une nouvelle modalité de jeu s'installe qui sera reprises dans plusieurs séances suivantes.

Tout d'abord, nous jouons à la pâte à modeler sur la table ; Nino est debout. La spasticité est un peu moins présente, ce qui permet à ses muscles de s'étirer davantage. Il peut ainsi élargir son polygone de sustentation et poser davantage son talon au sol.

Là, par le regard et par les gestes, nous nous accordons avec Florence sur l'idée de faire marcher Nino. Je m'éloigne de la table et, tandis que Florence pose les mains sur le bassin de Nino, j'attire l'attention de ce dernier : « Attention Nino, je vais t'attraper ! ». Immédiatement, il se détache de la table et entame un déplacement dans la pièce, soutenu par les mains de Florence qui marche derrière lui à genoux. Nino rit et semble très excité. Puis, la tendance s'inverse et s'est finalement Nino qui est à ma poursuite.

Voyant que le jeu fonctionne bien et qu'il est à l'aise dans la marche, Florence stoppe un instant la course et détache un des bords des tapis en mousse présents au sol : elle place cette bande en mousse autour du bassin de l'enfant. Il semble perturbé par ce changement mais j'attire de nouveau son attention et le jeu repart.

Florence semble soulagée de ne plus marcher sur les genoux et de pouvoir se mettre debout derrière lui, en se penchant pour tenir chaque extrémité de la bande. Je constate que le déroulé du pas de Nino est plus fluide et la dissociation des ceintures plus présente. Cependant, il ne trouve son équilibre que dans la rapidité de la marche. Lorsqu'il ralentit, ses deux pieds se touchent de nouveau, ce qui entrave son mouvement. Lorsqu'il marche en ligne droite, Florence exerce une prise très légère sur la bande en mousse. Cependant, il perd l'équilibre dans les virages et Florence doit alors augmenter l'appui qu'elle propose. D'autre part, l'appui autour du bassin ne semble pas lui convenir puisqu'il a tendance à remonter avec ses bras la bande en mousse, pour la placer sous ses aisselles.

De mon côté, je dois attirer régulièrement l'attention de Nino, sinon il a tendance à détourner son regard vers d'autres éléments de la pièce, ce qui le déséquilibre. J'ai initié ce jeu en me déplaçant à 4 pattes dans le but d'être à la même hauteur que Nino dans l'espace, de pouvoir capter son regard facilement. Mais au fil du jeu, ce mode de déplacement me fatigue et je repense à l'imitation dont nous nous servons régulièrement. Je me mets alors debout afin d'être dans la même posture que lui et de me sentir plus à l'aise.

Là, Nino s'arrête de marcher et dit : « Non, toi 4 pattes ! » en me pointant du doigt. J'exprime ma fatigue mais celui-ci refuse de marcher tant que je ne retourne pas à 4 pattes. Alors, je m'exécute, je continue de marcher à 4 pattes en me laissant attraper régulièrement afin que Nino puisse se reposer. Je tourne en rond à 4 pattes dans cette salle en me demandant quand est-ce que Nino sera assez fatigué pour s'arrêter, et en repensant avec humour à toutes ces fois où mes proches m'ont demandé en quoi consistait le métier de psychomotricien... !

2. La motricité en relation, un étayage dans la récupération

Cette vignette clinique illustre d'abord le plaisir que prend maintenant Nino à explorer la marche ; même dans le déséquilibre, il ne montre plus d'anxiété et se laisse tomber au sol en riant. Mais cet exemple est aussi un témoin supplémentaire de la part active que nous prenons dans les explorations du patient en tant que psychomotricien.

Certes, nous sommes avec Nino dans le champ de la rééducation. Mais, comme je l'ai évoqué d'après les travaux de Potel (2015), cela ne signifie pas que cette prise en charge doit être directive, purement instrumentale, mettant la relation entre psychomotricien et patient au dernier plan (p.32-33). Je m'accorde avec Jolivet (1970), psychiatre et psychanalyste, pour dire que quoiqu'il arrive, la psychomotricité est une « motricité en relation ».

L'auteur qualifie cette relation d'une « interaction » entre deux individus. Relation que le psychomotricien, « (...) ce personnage qui ne s'intéresse pas qu'aux muscles, mais veut « entendre » autre chose. », utilise comme outil de travail. Selon lui, l'engagement du psychomotricien est source de mouvements psychiques tels que le transfert et le contre-transfert mais, « (...) c'est toujours d'agir dont il sera question. C'est-à-dire que tout est traduit et retraduit dans un mouvement constant et qu'il se crée un cercle où du corps, point de départ, on arrive au corps, point d'arrivée. ».

Les apports cliniques et théoriques cités jusqu'à présent constituent un appui de taille me permettant de plonger une dernière fois dans cet écrit au cœur du sujet qui me questionne : l'implication corporelle du psychomotricien dans la relation avec le patient. Voici maintenant les éléments de réponses que j'ai pu dégager tout au long de ce travail.

2.1 Un outil de compréhension du patient et de son vécu

Le fait de « faire avec » le patient semble permettre de comprendre davantage ce qui se joue pour lui dans le mouvement. L'illustration clinique autour de la marche apportée précédemment en est un bon exemple.

Effectivement, il a fallu que je me retrouve plusieurs minutes à marcher à 4 pattes pour me questionner sur ce que pouvait ressentir Nino. J'ai éprouvé beaucoup de lassitude dans ces séquences de marche à 4 pattes. Mon corps était lourd et j'étais fatiguée de devoir sans cesse lever la tête pour être en relation avec Florence et Nino. La course de Nino m'imposait d'accélérer mon mouvement, ce que j'avais de plus en plus de mal à faire. La nourrice étant assise et spectatrice de la situation, et Florence et Nino étant debout en train de marcher dans ma direction, j'avais la sensation que tous les regards étaient pointés sur moi.

Comme dit précédemment, Nino refusait de marcher si je me mettais debout. J'étais donc partagée entre l'envie de continuer car c'était la première fois que je voyais ce patient marcher de façon aussi fluide et l'agacement qui s'installait face à cette contrainte qui m'était « imposée » par cet enfant. C'est au fil de cet écrit que je me suis aperçue de ce qui se jouait dans cette séquence et des bénéfices induits par mon implication à cet instant.

Tout d'abord, face à la fatigue que j'ai ressentie, j'ai pu prendre conscience de l'énergie que cela demande de se déplacer sans arrêt pendant 45 minutes, et j'imagine la fatigue qu'un enfant comme Nino peut alors ressentir. Par ailleurs, je me suis finalement retrouvée en position de régression : je sais marcher et pourtant je suis contrainte de me déplacer au sol, à 4 pattes. La frustration que j'ai ressentie m'a permis d'imaginer ce que Nino a pu lui-même expérimenter dans son histoire de vie et sa perte d'autonomie, l'impuissance que cela engendre lorsqu'on est cloué au sol sous le regard des autres. Enfin, j'ai évoqué précédemment l'effet gratifiant que peut provoquer le fait d'être imité par quelqu'un d'autre (Nadel, 2019). Alors, pourquoi Nino refuse-t-il que j'imité sa posture ? Pourquoi préfère-t-il ici rester dans l'asymétrie, lui en haut et moi en bas ?

Au vu du plaisir pris par Nino dans cette séquence de marche, j'é mets l'hypothèse qu'il était cette fois acteur de la situation. Lui qui est en permanence entouré de personnes plus autonomes que lui (ses parents, son grand frère, les autres enfants de l'école etc.) pouvait ici inverser la tendance. Mon interprétation de la situation du point de vue de Nino pourrait se résumer ainsi : maintenant c'est moi qui marche et qui suis grand, à ton tour d'être le petit enfant qui doit rester au sol. Qu'est-ce que cela doit-être gratifiant !

Ainsi, cette implication corporelle de ma part a permis à Nino de jouer un certain contrôle, une certaine maîtrise de la situation participant sans doute au plaisir pris dans ce jeu et renforçant son sentiment de sécurité dans la marche.

Je souhaite montrer à travers cet exemple que le fait de m'impliquer corporellement dans cette situation m'a permis de m'approcher des émotions, sensations et intentions mises en jeu chez Nino. Je retrouve alors une des qualités du « corps antenne » théorisé par Lesage (2012) (p. 33), qui consiste à ouvrir grand le champ de la perception afin de capter ses propres ressentis pour mieux comprendre ceux du patient (p. 35). L'importance de s'impliquer auprès du patient semble alors indispensable afin de cerner au mieux les besoins de ce dernier. Je vais maintenant aborder les bénéfices de l'implication du psychomotricien sur un plan davantage moteur.

2.2 Une source d'apprentissage moteur

D'après Moyano (2014), psychomotricien et psychologue, « Le psychomotricien doit savoir que son corps en mouvement, en interaction avec les objets et le monde environnant, sous le regard de l'autre (le patient) devient alors, dès la première rencontre, un support d'apprentissage moteur *de facto*. » (p. 293). Au fil de la prise en charge de Nino, j'ai pu prendre conscience des moyens par lesquels notre implication corporelle pouvait être une source d'apprentissage pour cet enfant.

2.2.1 Guidance manuelle et imitation

Tout d'abord, nous utilisons régulièrement la guidance manuelle auprès de Nino lorsqu'il lui est trop difficile de faire un geste. C'est le cas par exemple lorsque nous jouons à la pâte à modeler : Nino, debout et appuyé sur la table basse, ne parvient pas à utiliser les ustensiles (rouleau, couteau en plastique, roulette pour découper), il manque de force dans ses deux bras. Alors, nous nous plaçons derrière lui, posons notre main sur la sienne et dirigeons son geste afin qu'il puisse le sentir dans son corps et ainsi l'intégrer plus facilement.

De même lors des premières séances, nous voulions conduire Nino à descendre de la « montagne » en faisant des roulés-boulés sur le matelas. Il parvenait à rouler une seule fois grâce à l'élan pris au départ, puis se retrouvait en général coincé : ses ceintures scapulaires et pelviennes ne se dissociaient pas, il roulait d'un bloc, ce qui empêchait la poursuite du mouvement.

Alors, Florence ou moi le tenions par les hanches et appliquions des mouvements de balancements de droite à gauche afin qu'il puisse sentir cette dissociation entre le haut et le bas du corps, jusqu'à ce qu'il puisse rouler.

Cependant, cette dimension de notre implication n'est pas la plus utilisée en séance. Il me semble que nous utilisons davantage l'imitation, dans le but que le mouvement soit réalisé de façon plus autonome par Nino, qu'il soit davantage acteur et qu'il ne subisse pas nos interventions. L'utilisation de l'imitation correspond ici à la fonction de *démonstration* dont parle Bruner (1983, cité par Cloutier, 2012) dans sa théorie à propos des six fonctions de l'étayage (p. 42).

Ainsi, au travers du récit de Nadel (2019) à propos des neurones miroirs (p. 39-40), j'ai évoqué que l'enfant apprend déjà en regardant : quand Nino me voit en train de me redresser sur les genoux, les neurones nécessaires à ce mouvement s'activent chez lui. Il ne s'agit pas simplement d'analyser visuellement ce que l'autre est en train de faire mais bien de se construire une représentation de soi en train d'exécuter l'action. Moyano (2014) confirme « qu'une action simulée mentalement devient d'autre part plus facile à exécuter réellement. » (p. 292). C'est ainsi qu'en s'impliquant corporellement auprès du patient, en se mettant en mouvement devant lui, le psychomotricien facilite les apprentissages du patient.

Cette mise en mouvement a souvent pour but que Nino nous imite immédiatement. J'ai rappelé que l'imitation immédiate est normalement observée dans la période pré-verbale, entre 18 et 42 mois ; or, Nino est âgé de 44 mois. Son retard de langage verbal pourrait expliquer le fait qu'il soit encore si réceptif au langage corporel, et donc à l'imitation.

Nadel (2019) insiste sur la fonction de plasticité inhérente à l'imitation. En partant d'abord de mouvements familiers, nous pouvons permettre à l'enfant d'enrichir son répertoire moteur. Le patient doit alors « (...) acquérir la capacité à imiter et intérioriser l'expérience motrice du psychomotricien dans son propre système de représentation. » (Moyano, 2014, p. 293).

Lors des premières séances, le 4 pattes en controlatéral était encore difficile à effectuer pour Nino. Lorsque nous installions la montagne, il lui arrivait parfois de ne pas s'y intéresser et de continuer à se déplacer en « lapin » sur le sol de la pièce. Nous passions alors nous-mêmes à 4 pattes sur la montagne pour l'inciter à faire la même chose que nous, ce qui fonctionnait très bien. Maintenant que Nino a enrichi son répertoire moteur, il prend lui-même l'initiative de se déplacer de cette façon.

Et nous utilisons maintenant l'imitation pour d'autres schèmes moteurs que Nino maîtrise moins, comme par exemple l'alternance bi-manuelle pour tirer sur une corde.

Si, au départ, c'était à nous d'initier un jeu d'imitation et de faire en sorte qu'il continue, Nino prend maintenant plaisir à le faire lui-même. Il peut proposer ses propres mouvements, comme lorsque, durant un temps de transition en séance, je commence à l'imiter tandis qu'il se déplaçait en lapin sur les tapis. Cela semblait lui plaire, il a alors changé de mode de déplacement et a entamé un 4 pattes en controlatéral, il dirigeait ce jeu d'imitation dans un plaisir évident.

Je retrouve alors le caractère fondamentalement social de l'imitation décrit par Nadel (2019), qui confirme à quel point l'imitation est une conversation. L'auteure évoque d'ailleurs le plaisir que peut procurer le fait d'être imité par un autre, ceci étant perçu comme une marque d'intérêt et d'admiration (p. 40). J'ai évoqué dans la partie clinique de cet écrit le plaisir souvent présent en séance et m'étais questionnée sur l'impact de celui-ci dans les apprentissages ; voici quelques éléments de réponses.

2.2.2 Quand le plaisir facilite l'apprentissage

Mon propos s'appuiera ici sur les travaux de Chenu & Tassin (2014), respectivement sociologue et neurobiologiste, qui considèrent que « le plaisir correspond à une sensation ou une émotion agréable, source de bien-être et de contentement. ».

Selon les auteurs, le plaisir met en jeu le circuit de la récompense comprenant le faisceau médian du télencéphale et il est tout d'abord un moyen de conservation de l'espèce : les situations garantissant la vie sont associées à une sensation de plaisir (comme le fait de manger) et celles présentant un danger pour la vie sont associées à une sensation de déplaisir. D'autre part, il existerait deux formes de plaisir : « Le premier serait incitatif. Il renforcerait l'initiative et l'activité, contribuant ainsi à élever le niveau d'excitation. Le second interviendrait à l'issue de la satisfaction, dans un contexte de diminution de l'excitation, de détente et de quiétude. ». À ce propos, un type de plaisir semble être davantage en jeu chez Nino : celui de l'excitation. Les temps d'action et de mouvement lui procurent beaucoup de plaisir, il rit, sourit et veut recommencer. Cependant, même s'il prend de plus en plus de plaisir dans les expériences contenant, passer au repos et y trouver de la satisfaction et du plaisir semble être difficile.

Quoi qu'il en soit, « les stimulations plaisantes favorisent une décharge énergétique forte vers les muscles en action et stimulent ainsi les canaux moteurs, contrairement aux stimuli déplaisants. ». Ces auteurs montrent le rôle prépondérant du plaisir dans la mise en action : « La présence d'une satisfaction augmente ainsi la probabilité de répétition d'un comportement, tandis que celle d'une insatisfaction tend à la réduire. ».

Il semble alors crucial de pouvoir proposer à l'enfant des situations plaisantes afin d'inciter à la mise en mouvement et de favoriser la répétition motrice pour assurer une meilleure intégration du mouvement. Comment le psychomotricien s'y prend-il pour proposer des situations sources de plaisir pour l'enfant ?

À mon sens, il s'agit tout d'abord de s'appuyer sur nos capacités d'observation afin de noter quelles situations sont sources de plaisir ou de déplaisir pour l'enfant. Par exemple, marcher procure maintenant beaucoup de plaisir à Nino, contrairement à des activités comme jouer dans le hamac. Chenu & Tassin (2014) précisent d'ailleurs que le plaisir dépend de l'état interne de l'individu : une situation plaisante un jour peut ne pas l'être le lendemain. D'où l'importance d'être très attentif aux réactions du patient. Le psychomotricien pourra alors, par son implication corporelle, favoriser le plaisir du mouvement chez l'enfant. Sans surprise, le dialogue tonico-émotionnel revient sur le devant de la scène.

Pouvoir donner une tonalité plaisante aux mouvements du patient implique de s'ajuster à ses états toniques et affectifs. J'ai décrit dans la première partie de cet écrit à quel point mon état tonico-émotionnel était influencé par celui de Nino dans ses différentes explorations, que ce soit en action ou dans des temps plus calmes, et de quelle manière nous utilisons notre état tonico-émotionnel afin d'encourager Nino et de véhiculer des émotions positives (p. 21-22). Les travaux d'Ajuriaguerra (1960), Robert-Ouvray (1996) ou encore Bacholet & Marcelli (2010), ont permis de confirmer que l'état tonico-émotionnel constitue un véritable dialogue entre deux individus, et que chacun est influencé par le tonus et les émotions de l'autre (p. 36-38). Ce dialogue se joue dès la naissance et se met en place de façon plus ou moins consciente. Il va même au-delà du tonus et des émotions : il engage le corps entier, y compris le regard et la posture.

J'ai évoqué les travaux de Lesage (2012) pour rappeler que, par sa formation, le psychomotricien prend conscience de ce dialogue afin de pouvoir repérer ce que l'état du patient fait naître en lui et inversement (p. 34-35).

Il lui devient possible de contrôler son tonus, sa posture et ses émotions, faisant du dialogue tonico-émotionnel un outil thérapeutique véritablement efficace.

Les apports théoriques et mes observations cliniques au fil des séances m'ont permis d'élargir ma vision vers celle d'un dialogue « tonico-prosodico-mimo-émotionnel » (Bacholet & Marcelli, 2010).

Lorsque que je souris et ouvre grands mes yeux en regardant Nino, que ma respiration devient haute et ma voix aiguë, que j'augmente mon tonus en écartant mes bras et en bougeant mes doigts, que je balance mon buste de droite à gauche en me penchant vers l'avant, je pourrais presque me passer de la phrase : « Attention Nino, je vais t'attraper ! ». En effet, ces modifications de ma posture, de mon état émotionnel et de mon tonus suffisent à faire comprendre mon intention à Nino. Là, je vois l'excitation monter en lui, il sourit, son tonus augmente, il bouge vite pour s'enfuir.

Dans cet exemple, mon implication est au service de la mise en mouvement du patient, j'utilise mon corps pour initier un mouvement chez lui, ma posture lui donne envie de bouger. Il s'agit ici de la phase d'*enrôlement* dont parle Bruner (1983, cité par Cloutier, 2012) (p. 42). De plus, j'installe au travers de mon positionnement une dimension ludique de « je vais t'attraper » dont je sais qu'elle plaît à Nino. En réalité, dans ce cours instant précédant le jeu, le plaisir est déjà présent : « Le plaisir n'est pas seulement concomitant d'une récompense due à la satisfaction, mais il l'est tout autant, si ce n'est plus, de son anticipation. ». Ainsi, « La seule perspective d'une satisfaction active les mécanismes du plaisir et renforce ainsi la motivation de l'individu à tendre vers celle-ci. ».

En outre, la répétition est essentielle afin de faciliter la plasticité cérébrale et ainsi la récupération des fonctions motrices. Mais pour que Nino ait envie de répéter, il faut que cela lui plaise. C'est sur cela que nous nous basons au travers de l'exemple suivant : pour terminer une séance, un matelas a été installé au sol et nous avons conduit Nino à s'allonger au milieu, dans le sens de la largeur. Florence et moi avons saisi chacune des extrémités du matelas, et le soulevions alternativement pour faire rouler Nino d'un côté à l'autre. Notre implication corporelle n'était pas seulement un mouvement mécanique. Nous étions disponibles et impliquées corporellement dans le jeu avec Nino, nous captions son regard en agrémentant nos gestes de sons et d'onomatopées.

Notre engagement dans cette action se voulait tout de même tranquille pour favoriser le retour au calme en fin de séance. Le but était que Nino trouve du plaisir dans cette expérience, ce qui semblait être le cas au vu de ses rires, de ses sourires, de ses regards pétillants et de son envie de recommencer. Le plaisir ressenti au cœur de cette motricité en relation donnera sans doute à Nino l'envie de recommencer ce jeu. Ceci lui permettra de remettre en jeu ses schèmes de torsions et, par la même occasion, de se familiariser à des temps plus calmes après avoir marché dans toute la pièce.

J'ai tenté de montrer ici comment, au travers de son implication tonico-émotionnelle, le psychomotricien peut participer à faire du mouvement une source de plaisir pour l'enfant, garantissant un meilleur apprentissage moteur. Mais, pour que ce dialogue soit opérant et que le corps du psychomotricien puisse réellement véhiculer des émotions positives à l'enfant, il faut que le psychomotricien lui-même éprouve du plaisir dans la situation. Potel (2010) confirme que le psychomotricien doit être à l'aise avec le jeu, il doit retrouver cette part primitive de lui, cette part qui fait du jeu une source de plaisir.

Enfin, au-delà de l'apprentissage moteur qu'elle permet, l'implication corporelle du psychomotricien est aussi au service du développement psychique du patient.

2.3 Un support de développement psychique

2.3.1 S'imiter pour se différencier

Je souhaite revenir ici sur la question de l'imitation. En m'appuyant sur les écrits de Wallon (cité par Ajuriaguerra, 1962) et de Nadel (2019) j'ai précisé que l'enfant est d'abord « collé » à l'autre, il se développe en étant d'abord indifférencié de son environnement (p.38). Selon ces auteurs, l'imitation est alors une étape essentielle : elle permet d'abord de se sentir identique à autrui, puis de se différencier en s'appropriant le mouvement à imiter. L'imitation est donc essentielle dans l'individuation de l'enfant.

Moyano (2014) relie cela à la pratique psychomotrice et considère le psychomotricien comme le « moi-auxiliaire » du patient, il est d'abord comme son double. Cependant, il considère l'implication du psychomotricien comme un « miroir structurant ». Cela signifie que le psychomotricien ne peut rester dans une simple position de « miroir » du patient : il « (...) devra déployer tout son art pour que d'une position de miroir il reflète l'autre non plus comme il est mais comme il va pouvoir bientôt devenir. » (p. 291).

C'est ce que j'ai évoqué précédemment en décrivant notre utilisation de l'imitation en séance permettant d'emmener Nino vers des schèmes moteurs qu'il ne maîtrise pas encore.

L'imitation de nos mouvements était presque comme un réflexe pour lui au départ, comme s'il ne s'en rendait pas compte. Maintenant, il prend de plus en plus de plaisir à décider de ce qu'il veut faire, en préférant parfois faire seul plutôt qu'à deux, notamment dans les activités de motricité fine.

Cet enfant prend donc de plus en plus d'initiatives et semble de moins en moins « collé » à nos mouvements. Ce constat pourrait alors témoigner de son processus de différenciation : d'abord dépendant de l'autre pour apprendre, il peut maintenant se différencier et semble prendre plaisir à le faire, comme j'ai pu le montrer dans l'illustration clinique pendant laquelle il refuse que je me mette debout comme lui.

Cependant, je me questionne concernant ce « collage » à l'autre dont ce patient peut encore faire preuve. En effet, lors d'une séance en présence du père de Nino, ce dernier et Florence tenaient une corde tendue devant Nino sur laquelle il s'appuyait pour marcher. J'étais alors observatrice de la scène, mais Nino m'a rapidement pointé du doigt en me disant de venir marcher avec eux, à côté de lui. Nous étions alors tous les trois « collés » à Nino qui affichait un grand sourire. Si l'un de nous trois s'écartait, il s'arrêtait de marcher. Au vu des observations citées précédemment, ce collage ne vient pas parler selon moi d'une « indifférenciation » à l'autre. En effet, Nino prend lui-même la décision de nous faire marcher avec lui. Il s'agirait plutôt de cette insécurité évoquée précédemment qui referait surface, et j'émetts l'hypothèse que ces trois présences autour de lui assuraient une fonction de contenance pour Nino, permettant de le rassurer.

Dès le début de cet écrit, j'ai utilisé le terme de contenance pour qualifier un des aspects de notre implication, et j'avais supposé que ceci permettait à Nino d'aller plus loin dans ses explorations motrices (p. 20-21). Les travaux de Ciccone (2001) cités précédemment vont maintenant me permettre de préciser en quoi l'implication corporelle du psychomotricien peut être qualifiée de « contenante » et en quoi cela constitue un appui dans la prise en charge de Nino.

2.3.2 Une implication contenante qui soutient l'autonomie

Dès mes premières observations cliniques, j'ai associé principalement la fonction contenante à la sécurité corporelle de Nino et à l'appui physique que nous lui proposons. J'avais supposé que pour que cette contenance fonctionne et ne soit pas seulement mécanique, elle devait être sous-tendue par le dialogue tonico-émotionnel (p.21). Mais cela suffit-il à qualifier notre implication de « contenante » ?

Selon Ciccone (2001), que j'ai cité précédemment (p. 44-45), pour être contenant, l'objet doit remplir les qualités suivantes : portage, soutien, holding, présentation des objets, capacité de rêverie, fonction alpha, activité de symbolisation, sollicitation, rythmicité etc. Peut s'ajouter à ces qualités celle qui, selon lui, regroupe toutes les précédentes : la capacité d'attention. Je ne pourrais illustrer toutes ces qualités de façon exhaustive, mais voyons si certaines d'entre elles sont retrouvées dans l'implication du psychomotricien, et surtout comment elles le sont.

Je me suis particulièrement intéressée dans ma partie théorique à la question du portage, du soutien et du holding avec les théories de Robert-Ouvray (1996) et de Winnicott (1960) (p. 43-44). Évidemment, leurs travaux s'intéressent au développement précoce de l'enfant mais il ne s'agit pas de considérer que nous soutenons et portons Nino comme nous le ferions avec un nouveau-né. Cependant, la perte d'autonomie physique de cet enfant nécessite un soutien non négligeable de la part de son entourage.

Ces deux auteurs s'accordent sur la part d'abord physique du soutien apporté à l'enfant afin de garantir une sécurité corporelle. J'ai décrit précédemment comment notre corps est au service de la sécurité physique de Nino, comment nous le rattrapons dans ses déséquilibres ou comment nous soutenons son mouvement. Mais ces apports théoriques me permettent de confirmer que porter physiquement un enfant ne suffit pas à créer un soutien contenant.

D'une part, Robert-Ouvray (1996) et Winnicott (1960) ajoutent au soutien physique la notion de respect de la sensorialité de l'enfant : le seuil de tolérance de ce dernier est plus bas que le nôtre. Ceci est valable chez le nourrisson, mais aussi chez Nino. En effet, cet enfant est très sensible aux bruits : les paroles des passants dans la rue, à peine audibles pour moi, peuvent le stopper net dans ses explorations, il se dirige vers la fenêtre et nous pose de nombreuses questions. De même, Nino a développé un véritable refus de nous entendre chanter en séance, il se cache les oreilles et se met à pleurer. Nous devons donc tenir compte de cela afin que Nino ne soit pas agressé sur les plans physique et sensoriel. Ceci le protégera d'éventuelles angoisses et garantira sa sécurité psychique.

D'autre part, parler de soutien, de maintien ou de holding nécessite d'aller au-delà de l'aspect physique et sensoriel : l'adulte doit pouvoir « penser » l'enfant, il doit le porter psychiquement et symboliser pour lui. J'avais perçu, dans ma partie clinique, que le soutien que nous apportions à Nino n'était pas seulement physique. Pour autant, je n'avais pas identifié ce qui se jouait réellement au-delà du dialogue tonico-émotionnel, au sein même du plan psychique. Ces deux derniers éléments sont pourtant étroitement liés dans cette activité de « penser » le patient.

Ajuriaguerra (1960), Robert-Ouvray (1996) ou encore Bacholet & Marcelli (2010) ont bien montré qu'à un état tonique de l'enfant, l'adulte associe un état émotionnel. Par interprétation des manifestations corporelles de l'enfant, il pense et met des mots sur les éprouvés de ce dernier. Il s'agit alors d'un des aspects de la « fonction alpha » (p.45) théorisée par Bion (1962) et considérée comme une des qualités de l'objet contenant par Ciccone (2001).

Je constate que ce processus psychique est mis en jeu régulièrement en séance : Nino ne peut exprimer ce qu'il ressent par les mots, nous devons donc parfois lui prêter notre « appareil à penser ». Lorsqu'il pleure sans arrêt parce que nous venons de lui enlever son pull, il semble impossible de le calmer, il s'agite et son tonus est très élevé. J'interprète alors sa réaction comme un mélange d'inquiétude et de gêne en réponse à une sensation désagréable. J'adopte une posture rassurante et mets des mots sur ce que je perçois de lui, sur ses éprouvés « bêta ». Nino ne semble pas avoir les moyens de dépasser cette émotion, je la pense alors pour lui, je la transforme et la rend supportable. Ce travail de pensée est ici associé à des gestes physiques puisque nous enveloppons Nino dans un tissu pour le calmer. Son apaisement vient témoigner de la fonction contenante de notre implication.

Pour aller plus loin dans les qualités requises de l'objet contenant, toutes les observations cliniques apportées jusqu'à présent confirment selon moi que notre implication auprès de Nino est aussi mise au service de la sollicitation, de l'incitation au mouvement par tous les objets et les expériences que nous lui proposons. De plus, nous sommes trois adultes autour de Nino en séance, trois personnes pouvant prêter attention à ses besoins et réactions.

Enfin, l'ajustement et l'accordage dont le psychomotricien sait faire preuve avec son « corps antenne » (Lesage, 2012) garantit selon moi une rythmicité adaptée aux besoins de cet enfant.

Il m'est maintenant possible de confirmer que le corps du psychomotricien est ici un objet contenant pour l'enfant. Cette contenance à la fois physique et psychique permet à l'enfant de construire son enveloppe psychique, son « sentiment de continuité d'être » (Winnicott, 1960), de renforcer son Moi et de construire son propre « appareil à penser ».

Autant d'éléments qui font probablement défaut chez Nino, comme j'ai pu l'écrire précédemment en développant les conséquences de l'accident. J'avais d'ailleurs pu identifier plusieurs sources d'insécurité pour cet enfant comme l'accident, l'hospitalisation ou encore la perte de la marche autonome. Avec cela, je peux maintenant supposer que les qualités contenantes qu'il avait intégrées de son environnement ont pu, elles aussi, voler en éclats.

J'avais supposé dans ma partie clinique que la part contenante de notre implication permettrait à Nino d'aller plus loin dans ses explorations. Je peux maintenant préciser cette hypothèse grâce aux travaux de Ciccone (2001) : certes, notre implication physique et psychique favorise les explorations de Nino, mais il ne pourra être plus sûr et plus autonome dans ses activités que s'il intègre psychiquement la fonction contenante que nous lui proposons. Au regard de l'inquiétude de Nino dans certaines situations et de la réassurance que lui procure la présence d'autrui, tout l'enjeu pour lui serait d'intégrer cette fonction contenante que lui procure notre implication motrice, tonique, émotionnelle et psychique. Intégrer en lui ces qualités, les faire siennes, l'aidera à se développer sereinement, à profiter de ses explorations dans la sécurité physique et psychique, à construire son enveloppe corporelle et psychique, à créer progressivement son appareil à penser. Autant d'éléments qui faciliteront son accès à l'autonomie.

J'ai tenté de montrer ici que par son corps, le psychomotricien devra accepter que le patient soit « collé » à lui dans un premier temps. Mais ce fonctionnement en « double » constitue un tremplin qui permettra justement à l'enfant de se différencier. J'ai pu prendre conscience que la posture que nous proposons à l'enfant est vouée à être intégrée par ce dernier. Je note alors l'importance d'avoir une implication corporelle ajustée et cohérente afin que celle-ci soit bénéfique pour le patient. À l'image de la posture de la mère avec son enfant, le psychomotricien fait preuve d'une « contenance maternelle », comme le décrit Potel (2010) : il doit solliciter l'enfant, accepter l'excitation et favoriser l'intégration psychique (p. 45-46).

Mais, au-delà de l'implication du professionnel en séance, l'auteure précise que la fonction contenante consiste aussi à mettre du tiers dans la relation avec le patient afin de garantir un cadre sécurisant. Alors, comment parvenir à s'impliquer ni trop, ni pas assez ? Et quelles sont les limites de notre implication en tant que psychomotricien ?

3. S'impliquer oui, mais jusqu'où ?

3.1 Trouver la bonne dose d'implication, quelle est la recette ?

Une pincée d'imitation, 10 ml d'émotions positives, 300g de contenance physique et psychique, 2 cuillères à soupe de « faire ensemble », un zeste d'autonomie et une cuillère à café de maintien du cadre. Mélangez le tout et vous serez certains de vous impliquer de la façon la plus ajustée possible ! Blague à part, il n'y a évidemment pas de recette pour trouver la bonne façon de s'impliquer auprès d'un enfant. Nino est un enfant très étayé au quotidien, que ce soit à la maison, à l'école ou avec la multitude de prises en charge dont il bénéficie. Dans ce contexte, comment trouver le bon équilibre entre soutenir et autonomiser ? Comment apporter à Nino le soutien dont il a besoin, sans pour autant l'entraver dans son autonomie ? Ce travail d'ajustement à l'autre se fait progressivement, je dirais même par essai /erreur en fonction des réactions du patient.

Cloutier (2012) a insisté sur ce point (p. 41-43) : l'adulte ne doit pas s'imposer, le but est d'apporter une aide suffisamment ajustée pour que l'enfant puisse faire seul par la suite. Il doit simplifier la tâche de l'enfant mais le laisser faire seul ce qu'il peut faire, ceci correspond à la fonction de *réduction des degrés de liberté* dont parle Bruner (1983, cité par Cloutier, 2012). C'est ce que nous faisons lorsque nous proposons à Nino un appui au niveau du bassin pour le faire marcher. Pour aller plus loin dans l'autonomisation de cet enfant, nous tentons mêmes de nous « éloigner » progressivement de lui, notamment en lui proposant un appui matériel lorsqu'il marche plutôt que notre corps directement. C'est le cas lorsque Florence le fait marcher avec la bande en mousse autour de la taille plutôt qu'avec ses mains posées sur son bassin. De même, Nino préfère encore marcher en tenant l'adulte par la main. Mais nous privilégions toujours l'appui par le bassin plutôt que par les mains afin de laisser ses membres supérieurs libres.

Par ailleurs, j'ai pu constater une différence d'implication entre Florence, la nourrice et moi-même lorsque Nino est dans le déséquilibre : quand il descend de la montagne à 4 pattes, il leur arrive souvent de se précipiter pour mettre la main devant sa tête tandis que, de mon côté, je n'ai perçu aucun déséquilibre ou aucun risque de blessures. J'émet l'hypothèse que ce décalage dans notre implication est dû au fait qu'au début de sa prise en charge en psychomotricité, lorsque je n'étais pas encore là, Nino tombait beaucoup plus souvent que lorsque je l'ai rencontré.

Il s'était même cogné assez violemment la tête, ce qui avait probablement inquiété la nourrice et Florence. Je constate alors que notre implication est également influencée par les peurs que nous projetons sur le patient.

Je me suis souvent questionnée dans cette prise en charge sur comment soutenir un enfant, le porter au sens du holding de Winnicott (1960), tout en le considérant comme un sujet différencié, et sans l'infantiliser. D'autant plus que, si Nino montre un grand besoin de présence de l'autre lorsqu'il met en jeu sa motricité globale, il a souvent tendance à nous écarter de son activité lors des jeux de motricité fine, il préfère faire seul et nous dit de grands « non ! » lorsque nous voulons participer à ce qu'il fait. Je constate alors à quel point il peut être difficile de trouver le bon équilibre entre soutien et autonomie en fonction de l'activité et de l'état interne du patient.

Bruner (1983, cité par Cloutier, 2012), évoque *le contrôle de la frustration* comme l'une des 6 fonctions de l'étayage qui consiste à vérifier que l'intervention de l'adulte facilite la tâche de l'enfant et que l'activité ne provoque pas de frustrations trop importantes. Mais dans quelles limites devons-nous éviter la frustration ? Comment trouver un équilibre entre facilitation de la tâche et maintien du cadre ?

3.2 Notre implication corporelle au service du maintien du cadre

J'ai pu décrire plusieurs fois dans cet écrit le comportement de Nino lorsque nous décidons par exemple de changer de jeu et, de manière générale, lorsque nous prenons une décision dont il n'est pas à l'origine : décider de ranger les cordes, d'installer le hamac, d'enlever le pull, de lui masser l'arrière des jambes lorsqu'il est debout contre la table basse, d'arrêter de me déplacer à 4 pattes, etc., sont autant de situations qui conduisent Nino à manifester sa désapprobation.

J'ai avancé plusieurs hypothèses à ce sujet : anxiété lors des transitions, période d'opposition caractéristique de son âge, cadre trop souple proposé par l'entourage ? (p. 10). Hypothèses auxquelles pourraient s'ajouter maintenant : particularités sensorielles, besoin de jouer la maîtrise de l'environnement face à la perte d'autonomie ?

Il est important de chercher l'origine de ces comportements afin d'ajuster nos propositions en séance. En parlant du « tiers » dans la relation avec le patient, Potel (2010) s'accorde avec Ciccone (2001) pour affirmer que « contenir » un patient ne passe pas seulement par l'implication corporelle en séance.

Cela concerne aussi notamment tous les temps de discussion entre professionnels en dehors de la séance, l'observation et la prise de note du professionnel, les temps d'échange avec l'entourage du patient. C'est ce que nous réalisons avec Florence pour comprendre les mécanismes qui sous-tendent les comportements de désapprobation de Nino. Cependant, ces raisons ne doivent pas nous empêcher de maintenir un certain cadre auprès de cet enfant.

Certes, jouer à ce jeu où Nino marche debout et moi à 4 pattes a sûrement été très bénéfique sur les plans moteurs et psychiques pour lui, mais il est aussi important, à mon sens, de faire comprendre au patient que tout n'est pas possible en séance. J'ai cité précédemment Ciccone (2001), qui insistait sur l'importance de l'équilibre entre les fonctions maternelles et les fonctions paternelles afin de garantir la bonne construction de l'enveloppe psychique et d'assurer ses fonctions d'étanchéité, de perméabilité de consistance et d'élasticité (p.45). Maintenir le cadre, c'est aussi une forme de contenance. Notre implication corporelle doit alors s'ajuster afin de faire comprendre les limites à Nino.

Quand Nino semble de plus vouloir s'arrêter de marcher, que sa marche devient trop désorganisée et que nous sentons la fatigue venir en nous, nous tentons d'adapter notre implication afin de le conduire progressivement à arrêter. Je me déplace moins vite devant lui, j'abaisse mon tonus et finis par m'asseoir pour l'inciter à ralentir, j'ouvre mes bras pour le conduire à arrêter sa course, je parle moins fort. De même, Florence ralentit le mouvement et s'abaisse doucement au sol. Nino est réceptif quelques secondes mais demande immédiatement à reprendre l'activité.

Nous lui expliquons alors verbalement qu'il est important de se reposer maintenant, mais Nino n'est pas de cet avis. Après plusieurs explications verbales inefficaces, mon implication corporelle devient alors un véritable outil de régulation : je me tiens droite et me place à la hauteur de Nino, je ne souris pas, je bouge mon index de droite à gauche, je regarde Nino dans les yeux et prends une voix grave pour dire « Non Nino, on ne peut pas continuer ce jeu. ». Après cinq bonnes minutes de pleurs et de tentatives de me pousser pour me faire avancer, il se calme et devient réceptif à nos autres propositions.

Bion (1976), cité cette fois par Potel (2010), montre l'importance de la tolérance à la frustration dans la formation des pensées chez l'enfant :

Dans le cas d'une intolérance à la frustration, l'enfant ne cherche pas à transformer sa frustration en pensée mais au contraire à la fuir ou à la projeter. Ce qui devrait être pensée reste un mauvais objet qui se doit d'être expulsé. » (p. 328-329).

Céder à toutes les intolérances de Nino ne lui rendrait donc pas service. L'enjeu serait plutôt, par notre posture contenante citée précédemment, de l'aider à tolérer la frustration, ce qui l'aidera à accéder à la formation de la pensée.

Sur ce point, l'entourage de Nino évoque de plus en plus de difficultés à gérer les crises de Nino, ce dont nous avons pu discuter avec la nourrice de Nino, mais aussi avec ses parents.

3.3 Évolution de nos liens avec la famille de Nino, le « petit tyran »

Les informations que nous obtenons à propos du quotidien de Nino proviennent donc en grande partie de la nourrice qui est présente à toutes les séances, mais nous avons eu pour la première fois l'occasion de rencontrer le père de cet enfant. En effet, la nourrice étant malade, c'est le père de Nino qui l'a accompagné en séance. J'ai d'ailleurs été surprise de voir Nino arriver en trottinette ce jour-là, aidé par son père. J'ai eu l'impression de voir arriver un petit garçon, contrastant avec l'image de « bébé » à laquelle me renvoyait Nino arrivant avec sa nourrice, emmitouflé dans sa poussette spécialisée.

Si la nourrice a une attitude plutôt maternante et protectrice en séance, le père montre davantage son désir que Nino devienne le plus autonome possible. La différence d'implication corporelle entre la nourrice et le papa a d'ailleurs influencé les explorations de Nino qui a pu faire des expériences encore plus complexes, comme marcher sur la montagne. Au fil de la séance, ce papa a pu se confier sur sa difficulté à s'accorder avec la mère de Nino sur certains sujets, notamment à propos de la gestion des crises de ce dernier.

Ce papa aimerait être plus « ferme » avec son fils, qu'il qualifie de « petit tyran ». Il déplore le fait que lui et sa femme soient parfois obligés de contraindre leur fils aîné de donner à Nino le jouet qu'il est en train d'utiliser pour calmer la crise. Nous avons pu alors lui faire part de l'attitude que nous adoptons en séance avec lui et de l'importance du cadre.

J'ai décrit précédemment les théories de de Collasson (2012) et de Korff-Sausse (1996) à propos de l'annonce aux parents du handicap de l'enfant (p. 30-32). Ces apports m'ont permis de comprendre que sidération, refus, dénégation et agressivité sont des comportements légitimes dans les premiers temps de cet évènement traumatique, et que le travail de deuil de l'enfant imaginaire et de symbolisation chez ces parents peut être très long. Les auteures décrivent aussi la violence du retour à domicile, violence qui a probablement causé des difficultés aux parents de Nino qui ont demandé la réhospitalisation de leur fils.

Au vu des observations évoquées dans la partie clinique de cet écrit (p. 5-6), la mère de Nino semblait donc être encore dans cette modalité de « crise » lorsque j'ai commencé mon stage. À présent, juste avant la séance en présence du papa, nous avons contacté la maman de Nino afin de nous assurer de la présence de son fils l'après-midi même. Nous avons eu au téléphone une maman plus ouverte, plus réceptive, précisant qu'elle nous rappellerait ultérieurement pour avoir davantage d'informations à propos de son enfant. Cette maman aurait-elle franchi une étape dans le processus d'acceptation de la situation de son fils ?

Ces auteures s'accordaient sur le rôle important des professionnels entourant l'enfant pour inclure la famille dans le processus d'adaptation de celui-ci, notamment le père, trop souvent absent. Mais j'ai pu constater à quel point certains parents sont difficiles à « saisir », comme cette maman qui ne devient abordable que plus d'un an après le début de la prise en charge. Comment réagir quand notre implication en tant que professionnel n'est pas soutenue par les parents, que ceux-ci ne sont pas réceptifs à nos tentatives de mise en lien ? Voyant que son implication auprès de cette mère ne semblait pas faire effet, Florence a quant à elle adopté une position plus passive, restant simplement à sa disposition si elle ressentait le besoin de la contacter.

Au vu de ce que j'ai perçu ces dernières semaines, la maman semble avoir changé de comportement, faisant souvent comprendre à la nourrice que ce n'est pas à elle d'occuper une fonction maternelle (nourrice qui projette d'ailleurs de ne pas rester travailler auprès de cette famille car les relations avec la mère de cet enfant deviennent trop difficiles). Le père se montre aussi plus présent avec une volonté d'équilibrer la place de ses deux enfants. J'émet l'hypothèse que le temps passé depuis cet évènement a sûrement permis à cette famille de s'adapter à cette nouvelle situation. De plus, à l'image de Nino qui s'érige et s'équilibre de mieux en mieux, nos relations avec cette famille semblent elles aussi tendre à s'équilibrer, permettant à chacun de retrouver sa place, comme si les progrès moteurs de Nino pouvaient permettre de mettre en mouvement l'organisation familiale.

CONCLUSION

Avant d'entamer ce travail, écrire entre 50 et 80 pages était pour moi comme grimper au sommet d'une montagne dont je n'atteindrai jamais le sommet. Pourtant, après cette marche auprès de Nino, la fin de l'ascension se dessine déjà et il me faut conclure ce mémoire. Alors, en quoi l'implication corporelle du psychomotricien constitue-t-elle un étayage dans la récupération de la marche autonome chez l'enfant polytraumatisé ?

Ma rencontre avec Nino m'a confrontée aux conséquences du polytraumatisme lié à l'accident. Des séquelles psychomotrices aux bouleversements dans l'organisation familiale, les notions de rupture, de perte, de deuil et de régression sont inhérentes à cette prise en charge. Face à la perte d'autonomie et à l'insécurité éprouvée par cet enfant, le corps du psychomotricien devient un support indispensable de récupération.

Ainsi, notre implication corporelle a été mise au service de la récupération de la marche autonome chez Nino. Dans ce retard psychomoteur global, Nino est un enfant dynamique et souriant. Nous nous sommes appuyées sur son appétence pour le mouvement afin de lui faire revivre l'histoire de la verticalisation. Au travers de ces éléments cités dans ma partie clinique, je me suis intéressée alternativement à ce qui se jouait chez Nino, chez moi, et surtout dans notre rencontre. Ainsi, j'ai pu percevoir certaines caractéristiques de notre implication se basant sur l'imitation, la contenance et le dialogue tonico-émotionnel.

M'intéresser aux fondements théoriques de ces observations cliniques m'a permis de confirmer que la marche autonome s'installe chez l'enfant lorsque toutes les étapes précédentes sont acquises solidement. Au travers de cette fonction, l'enfant se construira en tant que sujet autonome. Quand le polytraumatisme vient faire rupture, des atteintes physiologiques pourront entraver la marche, provoquant ainsi de nombreux remaniements sur les plans physiques et psychiques. Remaniements qui pourraient expliquer l'insécurité dans laquelle se trouve Nino qui doit progressivement se réapproprier son corps. La psychomotricité s'inscrit alors dans une prise en charge rééducative qui ne fait pas, pour autant, l'économie de la relation. Le corps du psychomotricien remplit une fonction d'étayage dont j'ai pu décrire les enjeux sur les plans éducatifs et psychomoteurs.

C'est finalement dans la dernière partie de cet écrit que j'ai pu organiser progressivement des axes de réponses à ma problématique.

J'ai pu constater que l'implication est un moyen d'agir, mais aussi d'écouter le patient, d'être au plus proche de ses ressentis. Dans cette quête d'autonomie le corps du psychomotricien peut, par la guidance manuelle ou l'imitation, devenir un appui favorisant les apprentissages moteurs. Lorsqu'il se met en mouvement avec l'enfant, et utilise son implication comme une source d'émotions positives et de plaisir moteur, il facilite l'intégration du mouvement.

Par sa présence corporelle, le psychomotricien garantit la sécurité physique de l'enfant, mais aussi son intégrité psychique. Il peut « penser » les éprouvés du patient et ainsi participer à son épanouissement psychique et à son individuation. Loin d'être mécanique, cette implication possède des qualités contenantantes qui seront intégrées par l'enfant. Construction psychique et explorations motrices s'influenceront mutuellement, dans un cercle vertueux. Parallèlement, le fait de s'impliquer peut parfois confronter le psychomotricien à ses propres limites. J'ai décrit qu'il était difficile de trouver la bonne dose d'implication, afin d'apporter un soutien suffisant garantissant l'accès à l'autonomie et le maintien du cadre. Je suis curieuse d'explorer davantage cette question des limites de notre implication psychomotrice.

Dans ce suivi, tout semblait être une question d'équilibre : il fallait aider cet enfant à retrouver son équilibre après la rupture, établir un lien équilibré entre la nourrice très présente et la famille plutôt distante, trouver un équilibre dans notre implication pour soutenir Nino sans l'entraver dans ses explorations. À ce propos, j'ai précisé les raisons qui m'ont conduites à me focaliser sur la récupération de la marche autonome chez cet enfant. Cet objectif, qu'il soit atteint ou non, a guidé notre implication.

Au-delà des aspects moteurs, ce suivi comprend des enjeux relationnels, langagiers, cognitifs, d'appropriation de soi ou encore de réassurance dont je n'oublie pas l'importance. Mais je constate que la marche a été une question centrale pour moi cette année.

« Marche, perte, régression, autonomie, équilibre », sont autant de notions qui font écho à mon second stage auprès de personnes âgées victimes de chutes. De la (re)naissance de la marche chez l'enfant, à son déclin lié au grand âge, le psychomotricien a un rôle à jouer d'un bout à l'autre du chemin. Alors, auprès de la personne âgée en perte d'autonomie motrice, les caractéristiques de notre implication sont-elles les mêmes qu'auprès de Nino ? Comment la possibilité de récupération du patient influence-t-elle l'implication du psychomotricien ? L'implication corporelle du psychomotricien est remise en question à chaque rencontre. Au fil de ce travail de fin d'étude, j'ai pu comprendre les moyens et enjeux de mon implication et entamer une profonde réflexion sur mon engagement professionnel à venir. Réflexion qui se poursuivra bien au-delà de ce point final.

Bibliographie

- Ajuriaguerra, J. de. (1960). Tonus corporel et relation avec autrui. In F. Joly & G. Labes, *Corps, tonus et psychomotricité* (p. 117-161). Vernazobres-Grego.
- Ajuriaguerra, J. de, & Angelergues, R. (1962). De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : À propos de l'oeuvre de Henri Wallon. In F. Joly & G. Labes, *Corps, tonus et psychomotricité* (p. 185-196). Vernazobres-Grego.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Billy, B. de, Garnier, E., & Chrestian, P. (2006). Polytraumatisme de l'enfant. *EMC - Appareil Locomoteur*, 1(1), 1-13. [https://doi.org/10.1016/S0246-0521\(00\)00044-9](https://doi.org/10.1016/S0246-0521(00)00044-9)
- Champonnois, C. (2002). Handicap Moteur, aspects psychologiques. *Déficiences motrices et situations de handicaps*, 78-91.
- Chenu, A., & Tassin, J.-P. (2014). Le plaisir : Conception neurobiologique et conception freudienne. *L'Encéphale*, 40(2), 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.06.003>
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Cloutier, S. (2012). *L'étayage : Agir comme guide pour soutenir l'autonomie*. Presses de l'Université du Québec.
- Collasson, P. de. (2012). La famille à l'épreuve de l'accident cérébral. *Le Journal des psychologues*, 302(9), 29-34.
- Forestier, M. (2011). *De la naissance aux premiers pas : Accompagner l'enfant dans ses découvertes motrices*. Érès.

- Gosselin, J., & Amiel-Tison, C. (2007). Quelques notions de base sur la motricité. In *Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans* (p. 20-47). Elsevier Masson.
- Herzog, M.-H. (1989). Le symptôme du psychomotricien. *Thérapie Psychomotrice*, 82, 67-71.
- Jolivet, B. (1970). De la « relation » en psychomotricité. *Perspectives psychiatriques*, 29, 37-40.
- Korff Sausse, S. (2016). Ça n'arrive qu'aux autres. In *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste* (p. 33-54). Pluriel. (Original work published 1996)
- Larousse. (s. d.-a). Étayer . In *Larousse en ligne*. Consulté 31 mars 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9tayer/31335>
- Larousse. (s. d.-b). Polytraumatisme . In *Larousse en ligne*. Consulté 6 décembre 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/polytraumatisme/62445>
- Larousse. (s. d.-c). S'impliquer . In *Larousse en ligne*. Consulté 25 mars 2021, à l'adresse https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s_impliquer/41917
- Lesage, B. (2012a). Axial'poursuite : Axe et spatialité . In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 147-165). Érès.
- Lesage, B. (2012b). Poids : Dialectique du support et de l'appui. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 127-144). Érès.
- Lesage, B. (2012c). Sentir, nommer, symboliser : Un travail de conscience corporelle. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 221-238). Érès.
- Mariot, C. (2013). De l'accès à la verticalité chez l'enfant : La constitution de l'axe corporel. *Journal des professionnels de la petite enfance*, 82, 31-33.
- Meurin, B. (2018). L'axe corporel : Un appui postural, émotionnel et représentatif. *Motricité Cérébrale*, 39(2), 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2018.04.002>

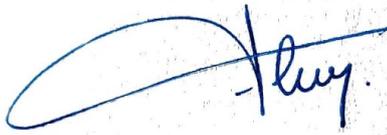
- Moyano, O. (2014). Du corps au psychisme : La relation d'implication, un miroir structurant. In F. Joly, M. Rodriguez, O. Moyano, & J. Boutinaud, *Où en est la psychomotricité ?* (p. 287-294). In press.
- Nadel, J. (2019). Imitation et plasticité du développement. *Enfance*, 1, 133-144.
- Observatoire national interministériel de la sécurité routière. (2019). *La sécurité routière en chiffres*. Sécurité Routière. <https://www.securite-routiere.gouv.fr/la-securite-routiere-en-chiffres-lobservatoire-national-interministeriel>
- Ponton, G. (2015). *Construction du sentiment de sécurité par la verticalité*. Formation Verticalité - Petite enfance.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Robert-Ouvray, S. B. (1996). *L'enfant tonique et sa mère*. Hommes et perspectives.
- Tessier, P. (2015). *Le corps accidenté : Bouleversements identitaires et reconstruction de soi*. Presses universitaires de France.
- Vaivre-Douret, L. (1997). *DF-MOT, Développement moteur fonctionnel du jeune enfant de 0 à 48 mois*. Elsevier.
- Winnicott, D. W. (1960). La théorie de la relation parent-nourrisson. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 237-266). Payot.

Vu par la maître de mémoire : Florence Fleury

Le : 12/05/2012

À : Lyon

Signature du Laïc de Lemaire
Florence Fleury.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized loop followed by the letters 'Fleury'.



**Institut de Formation en Psychomotricité,
ISTR Lyon 1**

Promotion 2020-2021

Auteur : Lisa CLAUDEL-ENGILBERGE

Titre : Titre du mémoire :

L'implication corporelle du psychomotricien auprès de l'enfant polytraumatisé : quand la relation étaye la récupération

Mots - clés : implication corporelle (body involvement) – étayage (shoring up) – polytraumatisme (polytrauma) – marche autonome (independent walking)

Résumé : Ma rencontre avec Nino, un enfant victime d'un accident de la circulation, a ravivé mes interrogations concernant mon implication corporelle en tant que future psychomotricienne. Face au retard psychomoteur, à l'insécurité et au manque d'autonomie, le psychomotricien utilise la relation comme support de récupération. Ce travail me permettra de montrer comment notre implication corporelle peut soutenir la récupération de la marche autonome chez Nino. En effet, notre implication constitue un moyen de compréhension du vécu du patient, d'apprentissage moteur, de sécurité et de développement psychique. S'impliquer nécessite un ajustement permanent, oscillant entre soutien, autonomie et maintien du cadre.

As a future psychomotor therapist, my physical involvement was questioned when I met Nino, a child car accident victim. Due psychomotor delay, insecurity and lack of autonomy, the psychomotor therapist uses the relationship as a means of recovery. This work will allow me to show how our body involvement can help Nino's of autonomous walking recovery : body involvement constitutes a means of understanding his experience, of motor learning, security and psychic development. Professional involvement requires a permanent adjustment, oscillating between help, autonomy and maintaining the framework.