



<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

**Le partage d'appuis dans la relation thérapeutique : d'un  
sentiment de vide à un sentiment de vie**

L'approche psychomotrice auprès d'une jeune femme polyhandicapée

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

**Par : Amélie BOUVEYRON**

Juin 2021 (Session 1)

N°1609

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

**Le partage d'appuis dans la relation thérapeutique : d'un  
sentiment de vide à un sentiment de vie**

L'approche psychomotrice auprès d'une jeune femme polyhandicapée

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

**Par : Amélie BOUVEYRON**

Juin 2021 (Session 1)

N°1609

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 TANCRAÏ**  
*Psychomotricienne*

Secrétariat de scolarité  
**Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI**

# SOMMAIRE

LEXIQUE .....	
INTRODUCTION .....	1
PARTIE CLINIQUE .....	3
1. Présentation du lieu de stage.....	3
1.1. La structure .....	3
1.2. La population accueillie.....	3
1.3. Les professionnels .....	4
1.4. Le projet d'établissement .....	4
2. Présentation de la psychomotricité au sein de la structure .....	5
2.1. Les différents rôles de la psychomotricité .....	5
2.2. La salle de psychomotricité .....	5
2.3. Ma place en tant que stagiaire.....	6
3. Étude de cas : Maud .....	7
3.1. Description et anamnèse .....	7
3.2. Son quotidien et ses particularités sensorielles.....	8
3.3. Son projet personnalisé de vie et de soins.....	9
3.4. Son suivi en psychomotricité .....	10
3.5. Ses séances de psychomotricité depuis mon arrivée .....	11
3.5.1. Une première rencontre déstabilisante.....	11
3.5.2. Un objet pour combler le vide .....	13
3.5.3. Un travail de faire-ensemble pour exister soi.....	15
3.5.4. Un ensemble d'appuis partagés au sein de la relation .....	17
3.5.5. Une relation de confiance qui permet d'exister .....	20
PARTIE THÉORIQUE .....	23
1. Les premiers appuis pour exister .....	23

1.1.	L'environnement .....	24
1.1.1.	La sensorialité.....	24
1.1.2.	Le tiers .....	27
1.1.3.	La rythmicité.....	28
1.2.	Le corps .....	29
1.2.1.	L'évolution de la répartition du tonus.....	30
1.2.2.	Le développement de la motricité volontaire.....	31
1.2.3.	Le passage à la verticalité.....	33
1.3.	Le sentiment de continuité d'existence .....	34
2.	Le polyhandicap .....	35
2.1.	Définition(s) et étiologie(s) du polyhandicap.....	36
2.2.	L'approche du polyhandicap .....	37
2.2.1.	Les différents troubles dans le polyhandicap.....	37
2.2.2.	Les entraves au développement psychomoteur.....	38
2.2.3.	Les angoisses et les moyens de lutter contre .....	40
2.3.	La place du sujet polyhandicapé .....	41
2.3.1.	Auprès des parents.....	41
2.3.2.	Auprès des professionnels .....	42
	PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....	44
1.	La relation avec Maud .....	44
1.1.	Les comportements de Maud .....	44
1.2.	Les modalités de la rencontre .....	46
1.2.1.	Le regard.....	46
1.2.2.	Le toucher.....	47
1.2.3.	Le dialogue tonico-émotionnel .....	48
2.	La prise en charge en psychomotricité .....	49
2.1.	Le partage d'appuis dans la relation .....	49
2.2.	Les conséquences de la chute.....	52

2.3. La récupération des appuis .....	53
CONCLUSION .....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	

# **LEXIQUE**

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

GPF : Groupe Polyhandicap France

IME : Institut Médico-Éducatif

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

QI : Quotient Intellectuel

VNI : Ventilation Non-Invasive



# INTRODUCTION

Lors de ma dernière année de formation en psychomotricité, ce stage en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) représente ma première approche clinique auprès d'adultes polyhandicapés. Je me rappelle m'être posée de nombreuses questions avant mon premier jour de stage, dont certaines ont persisté pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Comment aller à leur rencontre et entrer en relation avec eux, comment communiquer avec eux, comment les approcher avec chacun leurs particularités, mais aussi comment être acceptée, comment faire sa place au sein de ce lieu qui est leur lieu de vie ? D'ailleurs comment vivent-ils en communauté, comment sont rythmées leurs journées, et leurs nuits ? Je décide de poser quelques-unes de ces questions aux professionnels de l'établissement pour en comprendre le fonctionnement, et d'autres restent en suspens dans ma tête. C'est au cours de mes premiers passages sur les groupes de vie et de mes différentes rencontres avec les résidents, dont chaque prénom est modifié afin de préserver leur anonymat, que je trouve des réponses à mes questions. Jour après jour, je me laisse emportée par Arthur qui m'attrape par le bras dès que je suis à côté de lui, je regarde les photos que Sophie me montre dès qu'elle m'aperçoit, j'observe Gabrielle faire ses explorations avec ses mains dans mes poches et parfois dans mes chaussures...

C'est sur Maud, une jeune femme polyhandicapée de 35 ans, que mon attention se porte plus particulièrement. Dès notre rencontre, sa posture, son comportement, ses déplacements, son regard, sa voix, tout m'interroge. Au fil des séances, je me questionne progressivement sur son propre vécu corporel. Se plaçant autant dans la proximité corporelle que dans l'éloignement à l'autre, alternant entre enfermement tonique et ouverture relationnelle à l'autre, Maud semble toujours à la recherche de quelque chose pour se tenir, peut-être pour se sentir exister.

C'est donc à la suite de mes nombreuses interrogations qu'une problématique émerge : Comment la psychomotricité peut-elle soutenir l'existence et la solidité des appuis physiques et psychiques chez le sujet polyhandicapé ?

Je commence cet écrit par une première partie clinique, dans laquelle je présente la structure dans laquelle je fais mon stage, ainsi que ses occupants, résidents et professionnels. Ensuite, afin de suivre l'évolution de ma réflexion sur le cas de Maud, je décris plusieurs séances de son suivi en psychomotricité au cours desquelles mes interrogations s'affinent. Je poursuis cet écrit avec une deuxième partie théorique reprenant différents points essentiels du développement du bébé, notamment autour de la constitution de ses appuis physiques et psychiques, au cours de ses

expériences en lien avec son environnement et son propre corps. Je fais également un point sur le polyhandicap, entre sa définition, ses diverses expressions cliniques et la place même du sujet polyhandicapé. Enfin, je termine par une dernière partie théorico-clinique dans laquelle je tente de mettre en lien les interrogations émergeant de ma clinique et les apports théoriques développés. Je tente de comprendre le vécu corporel de Maud afin d'ajuster son accompagnement en psychomotricité.



# ***PARTIE CLINIQUE***

## **1. Présentation du lieu de stage**

### **1.1. La structure**

La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) dans laquelle je fais mon stage est bâtie en septembre 1995, sous la volonté d'une association régionale, formée en 1961, regroupant les familles et les amis de personnes handicapées quel que soit leur âge. L'établissement a une capacité d'accueil de 39 places. Des travaux de réaménagement et d'agrandissement sont réalisés en janvier 2008. Dorénavant, l'établissement peut accueillir 62 résidents. Ils sont répartis sur 5 groupes de vie organisés autour de 2 grands patios de plain-pied. Les chambres sont simples ou doubles, les espaces de vie sont grands et lumineux. Une balnéothérapie et une salle Snoezelen sont accessibles par l'ascenseur de l'établissement. À l'extérieur, se trouvent un grand parc aménagé, une terrasse couverte et un jardin thérapeutique.

### **1.2. La population accueillie**

Les personnes accueillies sont des adultes gravement handicapés ou polyhandicapés. Les groupes de vie sont mixtes et différenciés, hétérogènes tant au niveau des âges que des handicaps. Chaque groupe héberge entre 12 et 13 résidents. Ils sont incapables de se suffire à eux-mêmes dans les actes de la vie quotidienne. De ce fait, la MAS assure de manière permanente un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, des aides dans la vie courante et des soins d'entretien nécessaires, ainsi que des activités de vie sociale, de loisirs, d'occupation, d'animation.

Depuis peu de temps, l'établissement se voit accueillir des personnes atteintes de troubles psychiatriques, conséquence directe de la baisse des capacités d'accueil des hôpitaux psychiatriques. L'accueil de ces nouveaux résidents et de leurs troubles demande à tous les professionnels de l'institution une réelle capacité d'adaptation. L'objectif est de les accompagner au mieux, à court terme dans cette transition entre milieu hospitalier et milieu médico-social plus ouvert, et à long terme dans cette nouvelle vie au sein de la MAS.

### 1.3. Les professionnels

En 1995, le premier directeur de la MAS est psychomotricien. Il quitte l'établissement en 2009 et s'ensuit une crise institutionnelle durant plusieurs années. Depuis 2010, cinq directions se sont succédées. À mon arrivée en septembre 2020, je me retrouve face à une situation pesante marquée par une grève passée sous silence, une vague de licenciements, un enchaînement de démissions, en bref un réel épuisement des professionnels sur le terrain. À cela s'ajoute le poids de la crise sanitaire mondiale et toutes ses conséquences médicales mais aussi sociales.

Au quotidien, les résidents de la MAS sont accompagnés et pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, d'une part éducative et de l'autre part soignante. Cette équipe est donc composée d'éducateurs spécialisés, d'aides médico-psychologiques, d'aides-soignants, d'infirmières, d'un médecin généraliste, d'un médecin spécialisé en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), d'une ergothérapeute, d'une psychomotricienne, d'une psychologue et d'un psychiatre. Cette équipe au grand complet est encadrée par deux cadres distinctes selon les professions, c'est-à-dire la cadre éducative et la cadre paramédicale. Leur supérieure hiérarchique est la directrice de l'établissement. Au niveau hiérarchique, par-dessus toute direction se trouve un ensemble d'élus qui sont des membres actifs au sein de l'association regroupant parents et amis des résidents eux-mêmes.

### 1.4. Le projet d'établissement

« Le projet se veut humaniste et professionnel d'inspiration psychothérapique et implique que les personnes accueillies méritent respect, soutien, soins, écoute et paroles, afin de les aider à se construire plus fort pour vivre leur vie et s'exprimer comme sujet, c'est-à-dire en tant que personne. Les objectifs généraux sont :

- La création d'un espace relationnel où chaque personne accueillie est prise en charge pour lui permettre de cheminer vers une place de sujet
- L'apport d'une réponse adaptée, personnalisée et de qualité aux besoins fondamentaux de la personne accueillie
- La surveillance, la traduction et la transmission de l'état de (in)confort de la personne accueillie pour lui prodiguer les soins préventifs et curatifs
- La sollicitation des efforts de la personne accueillie selon ses possibilités et ses potentialités afin de poursuivre une relative autonomisation
- L'ouverture à la vie socio-culturelle, physique, sportive et de loisirs

- L'association avec les familles et les tuteurs comme partenaires du projet de prise en charge des personnes accueillies. »

## **2. Présentation de la psychomotricité au sein de la structure**

### **2.1. Les différents rôles de la psychomotricité**

La psychomotricienne ne fait pas passer de bilan auprès de ce public. C'est à la suite d'un regroupement d'informations entre ses propres observations et ses différents échanges avec les équipes qu'elle élabore un projet de soin psychomoteur pour un résident. Entre la salle de psychomotricité, la salle Snoezelen et le bassin de balnéothérapie, elle a accès à de nombreuses médiations pouvant répondre aux besoins spécifiques des résidents. Aussi, elle peut être amenée à intervenir dans leur quotidien, en aidant à la prise des repas ou en élaborant des grilles d'observations spécifiques aux comportements interrogatifs de certains résidents.

Suite à une formation des équipes sur l'éducation structurée, un projet d'élaboration de « Passeport de vie » pour chaque résident est mis en place. La psychomotricienne occupe un rôle important dans ce projet. La sensorialité étant un domaine d'intervention de la psychomotricité, c'est elle qui rédige les profils sensoriels de chaque résident de la structure. Elle recueille les nombreuses informations auprès des professionnels et complète, si besoin, avec ses propres observations. Pour réaliser ce travail, elle utilise l'extrait du Profil Sensoriel et Perceptif Révisé de Bogdashina, de 2012.

Consciente de l'importance du travail pluridisciplinaire pour le bien-être des résidents, la psychomotricienne se place au cœur des échanges entre les différents professionnels, quelle que soit leur spécialité. Toutefois, la crise institutionnelle actuelle vient chambouler la cohésion d'ensemble. Un clivage se fait ressentir entre l'équipe soignante et l'équipe éducative, dont les impacts peuvent être plus ou moins conséquents.

### **2.2. La salle de psychomotricité**

La salle de psychomotricité se situe dans l'agrandissement du bâtiment. Elle est dans le même couloir que la salle de l'ergothérapeute et le bureau du psychiatre. Dotée de grandes

fenêtres, elle offre une visibilité sur le grand parc aménagé, sur l'entrée de l'établissement où sont accueillies les familles à leur arrivée ainsi que sur un des groupes de vie.

La salle est grande et présente deux espaces assez distincts. Le premier espace comporte le bureau de la psychomotricienne, une étagère avec quelques documents et livres, et un lavabo. Le deuxième espace comporte une grande armoire de jeux, un canapé, un coin musique avec une chauffeuse et des coussins, ainsi qu'une table où peuvent se dérouler certains jeux. Lors d'une séance, la salle est fermée à clé au niveau de la porte d'entrée mais aussi de la baie vitrée donnant sur l'extérieur, afin de garantir la sécurité du cadre thérapeutique. En MAS, il est fréquent que des résidents se promènent, dans les couloirs ou dans le parc, et tentent de rentrer dans la salle alors qu'une séance est en cours.

### 2.3. Ma place en tant que stagiaire

J'ai commencé ce stage avec de nombreux questionnements autour du quotidien et des soins apportés au public adulte polyhandicapé. Dès mon arrivée, j'ai adopté une posture d'observatrice dans les temps de prise en charge, mais aussi dans les temps institutionnels avec les autres professionnels. Cette posture m'a permis de développer mon attention et mon écoute, à l'autre dans la relation, mais aussi à moi-même directement. J'ai appris à laisser place au temps dans la rencontre à l'autre, dans l'évolution de ma réflexion, mais aussi dans la construction de ma propre place au sein de l'équipe.

Grâce à ce temps et à l'étayage de la psychomotricienne, j'ai pu progressivement occuper un rôle d'actrice auprès des résidents ainsi que des membres de l'équipe. J'ai participé à des réunions d'équipe, j'ai échangé directement avec les autres professionnels, j'ai mené des séances à ses côtés, j'ai fait passer un bilan d'observation à un résident et depuis janvier, je mène seule l'ensemble du suivi d'une résidente. Avec ce temps et cet accompagnement, j'ai pu prendre confiance en moi et me construire ma posture professionnelle.

### 3. Étude de cas : Maud

#### 3.1. Description et anamnèse

Maud est une jeune femme de 35 ans, de taille et de corpulence moyenne. Elle a le teint clair. Ses cheveux sont courts, châains avec quelques reflets cuivrés. Elle a de grands yeux bleus-gris. Ses mâchoires ne sont pas alignées au même niveau. Elle a une légère proéminence de la mâchoire supérieure et du nez, ce qui donne à son visage une forme pointue en avant. De plus, elle a souvent la bouche ouverte, ce qui laisse apparaître ses dents avancées et tordues de sa mâchoire supérieure. Elle n'a pas acquis le langage verbal, mise à part un mot qui est le mot « maman ». Pour la comprendre, il est possible d'interpréter ses expressions faciales qui sont cohérentes dans la majorité des cas. Au niveau de sa posture, Maud est atteinte d'une scoliose dorso-lombaire à convexité gauche importante. De ce fait, son épaule gauche est plus élevée que son épaule droite, ce qui provoque un déséquilibre corporel constant qu'elle rétablit par un recrutement tonique élevé. Lors de la marche, elle se tient penchée légèrement en arrière, et du côté gauche. Elle n'a aucun ballant au niveau de ses bras. Tout son corps forme un bloc. Elle ne porte pas d'appareillage particulier au quotidien, mise à part une paire de semelles orthopédiques dans ses chaussures ou des chaussures thérapeutiques pour marcher lors de balades plus longues. À la demande des proches de Maud, les membres de l'équipe veillent à ce qu'elle soit toujours bien apprêtée. Elle reçoit des soins esthétiques de façon régulière, et porte toujours de beaux vêtements.

Les éléments d'anamnèse suivants sont des éléments que j'ai recueilli dans le dossier papier de Maud. C'est une jeune femme qui est née handicapée. Issue d'une famille de trois enfants, elle est l'aînée et la seule fille. Très tôt, elle présente des comportements particuliers, telle qu'une stéréotypie de mouvement au niveau des mains appelée « stéréotypie de lavage de mains ». À l'âge de 3 ans, un diagnostic d'autisme est posé mais d'autres diagnostics sont envisagés comme le Syndrome de Rett ou encore le Syndrome d'Angelman. Elle est scolarisée en milieu ordinaire de ses 3 à ses 5 ans, jusqu'à ce que l'institutrice signale un problème dans le développement de Maud. Elle a de nombreuses lacunes, elle ne peut plus être scolarisée en classe ordinaire. Elle rentre à domicile. De ses 5 ans à ses 10 ans, elle est en hospitalisation de jour et sa mère s'occupe d'elle le reste du temps, en suivant notamment la méthode Tomatis. Suite à quelques recherches, j'ai appris que cette méthode est une méthode de stimulation neurosensorielle, dont le but est d'actualiser le désir d'écouter et donc, d'optimiser les capacités de communication du sujet. Dans la suite du parcours de Maud, je n'ai pas vu de nouvelle référence au sujet de cette méthode, ni même d'amélioration de ses capacités de communication. Par la suite, à l'âge de 10 ans, Maud intègre un

Institut Médico-Éducatif (IME). Ce n'est qu'à l'âge de 22 ans que Maud reçoit enfin un diagnostic précis sur l'origine de ses troubles. Elle est atteinte d'une microcéphalie idiopathique, causant un retard de développement global et un besoin d'aide dans tout acte de la vie courante. C'est enfin à l'âge de 23 ans qu'elle quitte l'IME et qu'elle intègre la MAS dans laquelle je fais mon stage.

À ce jour, c'est une personne tierce qui est tutrice de Maud. Ses parents sont divorcés et ses deux petits frères habitent avec sa mère. Maud entretient un lien fort avec sa mère, avec qui elle a régulièrement des appels téléphoniques. Loin géographiquement, les visites sont compliquées à organiser, c'est pourquoi ces appels sont très importants pour Maud. Parfois, sa mère peut venir passer quelques jours à la MAS, ou bien c'est Maud qui peut aller au domicile maternel pour une période plus longue. Malgré les difficultés que ces voyages imposent et le manque d'aide au quotidien, les professionnels de la MAS encouragent la mère de Maud à maintenir ce lien et ces retours en famille, autant que possible. Le père de Maud a été absent pendant une grande période de sa vie. Depuis deux ans, il a repris contact avec elle par le biais de cartes postales, d'appels téléphoniques mais aussi de visites, et ce pour le plus grand plaisir de Maud.

### 3.2. Son quotidien et ses particularités sensorielles

N'ayant pas réalisé de bilan psychomoteur avec Maud, j'ai décidé de présenter dans une première partie certains aspects de ses journées. Je les rapporte de différents échanges avec son éducatrice référente et de mes propres observations auprès d'elle, sur son groupe de vie. Et dans une seconde partie, je présente le profil sensoriel de Maud, réalisé par la psychomotricienne.

Au quotidien, Maud présente des difficultés d'ajustement dans la distance relationnelle, envers les autres résidents mais aussi les professionnels. Elle peut se montrer très tactile et très proche de l'autre, puis se retirer de la relation ou le repousser si celui-ci est trop présent. Au niveau de son autonomie, Maud a besoin d'aide pour tout acte d'hygiène. Elle se laisse faire et aime que les professionnels prennent soin d'elle. Lors de l'habillage, elle est capable de faire un choix entre deux propositions, ceci selon la personne qui lui propose. Il semble alors nécessaire de lui laisser du temps et de la place afin qu'elle puisse s'exprimer. Lors des balades en extérieur, Maud se fatigue vite. Elle marche avec des chaussures orthopédiques et, si besoin, un fauteuil roulant peut lui être proposé. Pour les repas, Maud est installée dans un fauteuil confort. Elle peut boire seule, avec un verre adapté, mais l'aide totale d'une personne tierce est nécessaire. Elle mange en texture moulinée, très doucement et salement. Elle garde longuement les aliments en bouche, dans le creux de son palais, avant de déglutir. La nuit, Maud dort dans un lit médicalisé anti-escarres et elle

fait des apnées du sommeil. Pour mieux dormir, elle est alors équipée d'une Ventilation Non-Invasive (VNI).

Enfin, dans le cadre de la mise en place du « Passeport de vie » de Maud, la psychomotricienne s'est chargée de regrouper les informations nécessaires afin de rédiger son profil sensoriel, travail auquel j'ai pu participer lors de l'interprétation des résultats.

- ❖ Sur le plan visuel, Maud a parfois l'habitude de fixer intensément les personnes, de se coller à elles et de plonger son regard dans le leur.
- ❖ Sur le plan auditif, Maud est hypersensible. Elle a tendance à éviter les bruits en s'isolant, en couvrant ses oreilles avec ses mains ou en produisant elle-même des bruits répétitifs pour les couvrir. Les cris des autres résidents lui sont insupportables et semblent même lui être douloureux.
- ❖ Sur le plan tactile, Maud agrippe l'autre et s'auto-agrippe, ce qui entrave sa juste distance relationnelle avec l'autre.
- ❖ Sur le plan gustatif, Maud ne supporte pas certaines textures pâteuses, ce qui peut lui provoquer des réflexes nauséux. En revanche, elle semble fascinée par certains goûts, notamment les sauces piquantes et la moutarde qu'elle demande régulièrement à rajouter dans ses plats.
- ❖ Sur le plan proprioceptif, en lien avec sa déformation scoliotique, certaines postures peuvent être incommodantes voire douloureuses pour Maud. Il s'agit notamment de la posture assise au fond de la chaise ou couchée sur le dos.
- ❖ Sur le plan vestibulaire, Maud est constamment en mouvement, dans l'incapacité de se poser. Parfois, elle exerce des mouvements de balancements d'avant en arrière lorsqu'elle est impatiente ou énervée.

Sur chaque profil sensoriel, la psychomotricienne ajoute une ligne supplémentaire en bas de page à propos de la santé du résident et des signes évocateurs d'une souffrance. Pour Maud, des cris, des pleurs, un repli sur soi ou un refus d'alimentation sont les signes majeurs à repérer dans le cas d'un mal-être physique et/ou psychique.

### 3.3. Son projet personnalisé de vie et de soins

Afin de connaître les objectifs du projet personnalisé de vie et de soins de Maud, j'ai consulté son dossier papier. Tout d'abord, le bilan de l'année écoulée fait état d'un bon

investissement de Maud lors des activités proposées, hebdomadaires mais aussi plus ponctuelles. Elle apprécie les temps en groupe, en extérieur, mais aussi les temps individuels comme les soins esthétiques pendant lesquels la présence d'un professionnel qu'elle connaît est nécessaire. Au niveau médical, l'état de santé de Maud ne requiert pas de surveillance particulière, si ce n'est au niveau cutané. Au niveau de sa scoliose, le bilan orthopédique mentionne l'absence d'une évolution péjorative. Comme avant, le schéma de marche est très penché sur le côté, l'équilibre est précaire et la position statique debout est rare.

Les nouveaux objectifs du projet personnalisé de vie et de soins de Maud sont la participation aux activités sociales et de loisirs, l'entretien du lien avec les proches et le voisinage, ainsi que le maintien de son état de santé et de son bien-être par divers soins. C'est au sein de ce dernier objectif que se trouvent les objectifs de la prise en charge en psychomotricité.

#### 3.4. Son suivi en psychomotricité

En juillet 2015, sous l'exercice de la psychomotricienne précédente, Maud porte un corset au quotidien pour corriger sa scoliose. Elle n'a pas le choix que de vivre debout, dans la posture que lui impose cet appareillage. La psychomotricienne suggère que Maud n'est « jamais en sécurité posturale suffisante pour être disponible à elle-même et à la vie de relation ». Ses comportements d'agrippement, voire d'agressivité, sont très fréquents. En juillet 2015, Maud se brûle 15% de la jambe gauche jusqu'au second degré. Le port du corset est impossible. Tous les professionnels de l'établissement remarquent alors un changement de comportement chez Maud. Elle est plus souriante, elle crie moins, elle s'assied et se relève, elle joue, elle est plus douce. Suite à cette situation inattendue, une réflexion autour de l'intérêt de cet appareillage est partagée entre les différents médecins et les professionnels de santé de la MAS. En octobre 2015, il est décidé que le port du corset n'est plus obligatoire, à condition de maintenir un bon suivi médical sur l'évolution de sa scoliose.

La psychomotricienne actuelle, arrivée en janvier 2020, reprend un suivi avec Maud. Ses objectifs de prise en charge sont de favoriser son émancipation, son exploration de l'espace, mais aussi de soi et d'autrui. Progressivement, Maud se saisit de cette médiation thérapeutique pour se montrer plus actrice pendant les séances. Elle commence à exprimer des choix auprès de la psychomotricienne et à s'intéresser à de nouveaux objets. Lors de mon arrivée en stage, les objectifs sont de poursuivre cette exploration de soi et d'autrui, afin de maintenir cette émancipation pour que Maud puisse faire seule, mais aussi de trouver de nouveaux centres d'intérêt pouvant lui plaire et l'encourager encore plus dans cette évolution.

### 3.5. Ses séances de psychomotricité depuis mon arrivée

Dès mon premier jour de stage, je décide de ne pas consulter les dossiers avant de rencontrer les résidents. J'ai donc commencé le suivi de Maud sans avoir toutes ces informations sur sa pathologie, son comportement, son histoire.

#### 3.5.1. Une première rencontre déstabilisante

Je rencontre Maud pour la première fois sur son groupe de vie lorsque nous venons la chercher pour sa séance de psychomotricité. Elle se tient debout, au cœur du groupe et des autres résidents. Elle est agrippée à elle-même au niveau de ses mains, le regard dans le vide. Elle est très silencieuse. Malgré sa place au centre de cet espace de vie, elle semble être ailleurs. Elle n'a aucune interaction avec quiconque autour d'elle. Lorsqu'elle nous aperçoit, elle se dirige vers nous et agrippe le bras de la psychomotricienne. Je me présente à elle, sans réaction de sa part. Sur le trajet, elle adopte de nombreux comportements ambivalents. Elle nous suit sur un court trajet puis elle s'arrête. Elle se retourne, fait quelques pas en sens inverse puis elle revient vers nous. Elle s'accroche au bras de la psychomotricienne puis elle le lâche et reprend son auto-agrippement.

Une fois dans la salle, la psychomotricienne lance une musique douce de piano. Maud et moi nous installons sur le canapé, côte à côte, et la psychomotricienne se place en face de nous sur une chaise. Maud regarde peu autour d'elle, que ce soit les objets de la salle ou les autres personnes. Ma présence ne semble pas la déranger, si bien que j'ai une impression d'inexistence à ses côtés. Elle n'est pas assise au fond du canapé. Ses appuis se situent au niveau du haut de son dos, de son bassin et de ses pieds au sol. Elle est assise au bord, prête à glisser, mais sa rigidité corporelle la retient. Ses bras sont collés à son buste. Du fait de sa scoliose, elle se tient penchée du côté gauche, de mon côté. Elle n'a toujours pas lâché son auto-agrippement. Ses doigts sont tordus, prenant la forme de cet agrippement. Parfois, un petit mouvement de frottement apparaît, ce qui provoque un changement de couleur au niveau de sa peau. Plus elle serre ses doigts, plus sa peau devient blanche. Elle semble apaisée malgré la raideur de son corps. Sa respiration est douce et régulière. La psychomotricienne et moi-même essayons d'introduire quelques propositions de jeux pour capter l'attention de Maud, et peut-être même une réaction de sa part, mais cette dernière regarde dans le vide et relâche une grande quantité d'air. Ce relâchement est accompagné d'un bruit profond venant de sa gorge. Ce bruit résonne comme un déblocage. Je me retrouve bouche-bée face à cette apnée si profonde dont je n'ai pas repéré le moindre signe. Je vois son

pouls battre rapidement au niveau de sa gorge, pourtant sa respiration n'est pas plus rapide par la suite.

Maud ne me regarde toujours pas, mais elle saisit ma main, la serre, la porte à son visage et la relâche brusquement. Puis, elle reprend son auto-agrippement, et je repose ma main sur ma jambe. De nouveau, elle la prend et la porte à son visage, et accompagne ce geste d'un regard dans ma direction. Je souris derrière mon masque, et lui caresse la joue. Lorsque j'arrête, elle reprend ma main avec sa main gauche et, par des mouvements de va-et-vient, elle ouvre et referme mes doigts avec sa main droite. Maud semble bien distinguer l'effet de son geste. De mon point de vue, ce n'est pas un geste automatique puisque, quand mes doigts ne se referment pas entièrement, elle répète le mouvement précédent afin de bien les fermer. Maud ouvre et referme ma main, plusieurs fois de suite, puis elle sourit.

Lorsqu'elle repose ma main, la psychomotricienne se lève et lui propose de faire le même parcours que lors de leurs séances précédentes. Une fois quelques éléments installés, Maud se lève à son tour et débute le parcours, accompagnée de la psychomotricienne. Elle franchit les premiers obstacles sans difficulté. Elle est lente dans ses déplacements mais elle s'adapte à ce qui se présente face à elle. Elle fait de petits pas, ses pieds se détachent peu du sol. Elle se déplace en s'auto-agrippant, ou en tenant le bras de la psychomotricienne qui reste toujours à ses côtés. Au niveau du contrôle visuel, elle porte son regard soit sur les obstacles, soit sur son accompagnante. Soudain, sans un bruit, sans un signe annonceur, elle se retire du parcours. Elle regarde la psychomotricienne puis se dirige vers la porte de la salle. Nous la rejoignons vers la porte, et lorsque nous lui ouvrons pour marquer la fin de la séance, Maud ne sort pas de la pièce. Elle nous regarde, immobile. Nous refermons la porte, elle se dirige vers le placard de la salle mais elle ne choisit rien, elle ne fait aucune demande, et enfin elle retourne vers la porte. Cette fois, elle sort définitivement de la salle et se laisse raccompagner sur son groupe de vie.

Cette première séance avec Maud me mène sur de nombreuses interrogations. Son comportement ambivalent de demande et de rejet me déstabilise. J'ai l'impression d'être face à quelqu'un qui a besoin de l'autre pour faire, pour exister, mais qui le repousse tout autant. Alors pourquoi s'agrippe-t-elle ? Maud se colle à l'autre puis elle le repousse, et bien souvent elle s'agrippe à elle-même. Je m'interroge alors sur l'intégration de ses limites, ainsi que sur son sentiment d'unité et de continuité d'exister. Se sent-elle vivre et capable d'agir seule au cœur de son environnement ? Maud a les capacités pour faire seule, pour être autonome, mais elle demande souvent à l'autre de faire. Alors qu'en est-il de sa propre unité psychocorporelle ?

### 3.5.2. Un objet pour combler le vide

Dès la semaine suivante, la psychomotricienne me propose de guider la séance de Maud, ce que j'accepte. Sur le trajet jusqu'à la salle de psychomotricité, le comportement de Maud ne change pas. Elle m'agrippe le bras puis le relâche, elle avance puis elle s'arrête. Une fois dans la salle, je lance la musique et l'invite à s'asseoir sur le canapé. Maud ne s'assoit pas mais elle se laisse tomber, tel un bâton complètement raide. Une fois installée, elle ne bouge plus. Son corps est toujours droit et rigide. Je m'installe à côté d'elle. Pour cette séance, la psychomotricienne s'assoit plus loin et nous observe, sans intervenir. Je regarde Maud, j'essaie de lui faire des propositions, d'entrer en contact avec elle. En vain, elle m'ignore. Elle fixe son regard au beau milieu de la salle. Elle s'agrippe les mains et ne fait aucun bruit. Je détache mon regard d'elle pour le porter dans la salle, dans la même direction que le sien, puis je ne dis plus rien. Nous regardons en face, à deux. Je n'ose ni parler ni faire. Maud tourne la tête et me regarde à son tour. Elle me fixe, une vocalise s'échappe, puis de nouveau plus rien. Je retrouve un néant à mes côtés. Elle regarde face à elle et ne fait plus de bruit. Elle ne regarde rien en particulier, mais le vide de la pièce qui semble résonner en elle. Elle s'auto-agrippe et fait une apnée. Encore une fois, je remarque cette dernière qu'une fois que Maud relâche tout l'air maintenu dans son thorax. Je me demande comment elle se sent face à ce vide, qu'est-ce qu'il lui fait vivre. De mon côté, ce vide résonne en moi comme un manque de matière. Je ne sais pas sur quoi m'appuyer pour tenir. Alors, pour Maud, est-ce que ce vide résonne de la même manière en elle ? Ses apnées et sa rigidité corporelle sont les éléments pouvant remplir ce vide ? Correspondent-ils à des appuis assez solides pour ne pas qu'elle s'effondre ? Me vient alors l'image d'une coquille, très solide, très dure, mais vide.

Je me lève, et Maud me suit du regard. Je prends un panier avec différentes balles et me rassoit à côté d'elle. Un contact direct est difficile à établir, alors j'essaie de trouver un objet médiateur pour faciliter nos échanges, mais aussi pour combler ce vide que je ressens en moi. Je lui tends une petite balle violette, en mousse, mais Maud ne réagit pas. Elle reste enfermée dans ce corps rigide, dans cette même posture qui penche légèrement de mon côté. Je lui propose une nouvelle balle pompon et multicolore. Cette fois, elle oriente légèrement son corps de mon côté. Je sens son épaule en appui sur la mienne. Je manipule la petite balle devant elle et la décrit. Elle la regarde et lâche son auto-agrippement pour la caresser avec sa main droite, du bout des doigts. Progressivement, elle dépose la totalité de ses doigts sur la balle. Elle ne la quitte pas des yeux. Je la laisse un instant rencontrer cet objet entre nous, puis je la fais rouler délicatement dans le creux de sa main. Je remonte sur le dos de sa main, le long de son bras, et la passe autour de son visage. Maud semble être apaisée par ce contact. Son recrutement tonique s'abaisse légèrement. Elle se repositionne dans le canapé, et semble se laisser porter par cet instant. Elle ne reprend pas son

auto-agrippement et ne fait pas de nouvelle apnée. Ses bras sont positionnés le long de son corps, ses mains sur ses cuisses, et sa respiration est plus légère et régulière. Des sourires et quelques rires s'échappent, ce qui me fait sourire à mon tour. Elle me regarde de nouveau dans les yeux. Elle semble passer un moment agréable, mais son regard me paraît toujours vide. Je me sens aspirée par ses yeux, moi-même je ne peux plus regarder ailleurs. Elle ne me tient pas physiquement, mais je me sens agrippée par ce regard. Je continue à passer la balle sur son visage, puis je redescends le long de son bras et redépose ma main sur ma jambe. Elle prend ma main et la porte de nouveau à son visage.

Je refais un tour avec la balle pompon puis j'essaie d'introduire une nouvelle balle, une balle à picots plus solide. Maud la repousse et reprend son auto-agrippement. Elle exprime directement son choix, ce que je l'encourage à faire dès que possible. Je reprends la balle pompon et la repasse sur son bras. Cependant, Maud ne semble plus apprécier ce moment. Son tonus est de nouveau élevé. Elle se met en mouvement, elle commence à être agitée. Elle s'appuie sur ses mains pour replacer son assise, puis elle reprend son auto-agrippement et change son orientation. Je repère de nouveau une apnée qui dure quelques secondes. Je ne sais pas comment me repositionner moi-même, nous ne partageons plus d'appui au niveau de nos épaules. Je ne sais pas quelle orientation prendre, quelle balle lui proposer. Je sens que Maud n'est plus dans l'échange. Elle est de son côté, et moi du mien. La musique est finie, la séance est terminée. Je me lève pour arrêter le poste radio puis je lui propose de sortir de la salle et de la raccompagner sur son groupe. Cette fois, Maud me suit d'un pas plutôt déterminé, sans faire de retour en arrière ou d'arrêt en marchant. Tout le long du trajet, elle se place à mes côtés sans mouvement d'agrippement ou de rejet. La distance relationnelle est ajustée et son comportement est adapté. Suite à cette séance, je m'interroge sur l'impact que peuvent avoir la posture et le tonus sur la relation, et inversement. Ces différents échanges concernent Maud et moi, nous sommes toutes les deux au sein de cette relation teintée de distinctions, mais aussi de confusions. Parfois, son comportement impacte mon propre vécu interne, alors je me retire un peu de cette relation pour me sentir moi. Je sens que dans mon corps, dans mes pensées, j'ai assez d'éléments sur lesquels m'appuyer pour me sentir solide et unifiée. Et Maud de son côté, où en est-elle dans ce processus de différenciation et d'unification ? Sur quoi s'appuie-t-elle pour se différencier ? A-t-elle une sécurité interne suffisante pour se sentir elle-aussi solide et unifiée ?

### 3.5.3. Un travail de faire-ensemble pour exister soi

La semaine suivante, suite à un week-end agité d'après les professionnels du groupe, nous retrouvons Maud dans le couloir de la salle de psychomotricité à l'heure de sa prise en charge. La psychomotricienne et moi-même sommes étonnées. Nous nous demandons si c'est une coïncidence ou si Maud a bien intégré l'heure et le lieu de ses séances. À notre entrée dans la salle, la psychomotricienne s'éloigne et s'installe sur une chaise pour être observatrice, puis je lance une musique de piano et invite Maud à me rejoindre sur le canapé. Cependant, elle ne veut pas s'asseoir. Elle déambule dans toute la salle, s'approche de moi et m'agrippe le bras avec une de ses mains, puis me rejette et repart à l'autre bout de la salle. Je me retrouve déstabilisée face à ce comportement que j'avais déjà rencontré en dehors, lors des trajets dans les couloirs, mais jamais ainsi au beau milieu de la salle. Je ressens ce début de séance comme un moment de flottement entre présence et absence, pour elle comme pour moi. Nous sommes là, toutes les deux dans cette salle, mais aucune de nous ne semble avoir une place bien définie. Je me demande si elle se sent perdue dans cet espace, si elle est à la recherche de certains repères. Je me demande aussi quelle est ma place, quel est mon rôle, finalement si je suis un repère pour elle ou non.

Sans langage verbal de sa part, j'essaie de l'interroger et d'échanger avec elle afin de comprendre son comportement. Maud s'approche de moi, me regarde dans les yeux et me prend les deux mains. Elle me tire dans la salle, puis elle s'arrête plus loin sans me lâcher les mains. Elle me regarde encore, avec plus d'insistance. À ce moment-là, je vois que c'est elle qui donne le rythme. Maud adopte une posture active, et non passive. Je comprends alors que nous pouvons commencer à faire quelque chose ensemble, peut-être debout avec du matériel dans toute la salle. J'installe différents objets, comme des plots, des modules en mousse, des barres au sol, ou encore un pneu en plastique, afin de réaliser un nouveau parcours psychomoteur. Pendant ce temps, Maud me regarde faire. Sa respiration est calme et régulière. Elle a toujours cette posture corporelle penchée sur le côté du fait de sa scoliose, mais elle ne déambule plus. Elle reste à la même place, avec ses mains en auto-agrippement, sans agitation particulière. Une fois le parcours en place, je reviens à ses côtés. Elle s'agrippe à mon bras, puis elle regarde les obstacles autour d'elle. Elle ne semble pas vouloir débiter seule ce parcours. Je reste à ses côtés et, suite à quelques encouragements de ma part, elle se lance en direction du premier module puis elle s'arrête. À chaque étape, nous restons côte à côte. Je guide notre trajectoire mais je l'invite à faire de même. Alors parfois, c'est elle qui me tire d'un côté ou de l'autre pour changer de sens. J'accompagne chaque mouvement d'une verbalisation afin de décrire ce que nous faisons ensemble. Sa marche est lente, ses pas sont petits et frôlent le sol, mais elle peut tout de même lever les pieds pour

passer au-dessus des petits modules. Son regard alterne entre le sol, ses pieds, les obstacles à franchir, et moi.

Après plusieurs tours, Maud m'entraîne vers le poste radio et regarde les disques de musique sur l'étagère. Je comprends alors qu'elle souhaite changer de musique, ce que je fais. Elle me prend de nouveau les mains et me guide dans la salle, sans prendre en compte les obstacles du parcours. Elle tourne autour de moi, me regarde dans les yeux, puis elle s'éloigne et revient vers moi, sans me lâcher. Une danse prend forme sur le rythme de la nouvelle musique. Dans ses mouvements de va-et-vient, je ne me sens pas rejetée comme sur les trajets. Je ressens que même si nous nous éloignons, nous pouvons nous retrouver à un autre endroit. J'essaie alors de lâcher ses mains et de m'éloigner seule, Maud se rapproche de moi et se colle de nouveau à moi. Nos épaules sont l'une contre l'autre, comme sur le canapé, et nous tournons ensemble autour de cet axe formé par nos deux corps. Je sens que son corps penche et prend appui sur le mien. Maud sourit et fait quelques vocalises. Progressivement, je sors de ce petit espace et j'essaie de la guider de nouveau sur le parcours, sans arrêter cet élan de danse. Maud me reprend les mains et me suit, puis petit à petit, c'est elle qui guide entièrement le sens du parcours et la traversée des différents obstacles. Je la suis, je reste à ses côtés. Parfois, je me détache d'elle et je passe un obstacle dans le sens inverse, et elle revient rapidement contre moi pour franchir le suivant ensemble. Nous nous éloignons et nous nous retrouvons, toujours aussi solide l'une et l'autre.

À la fin de la séance, Maud ralentit de plus en plus à un endroit précis, le coin de la salle de psychomotricité où se trouve un grand miroir mural. Elle se retrouve face à son reflet. Je suis à ses côtés, légèrement en arrière, du côté où son corps penche. Je place ma main droite sur son épaule gauche, et je suis sa colonne vertébrale avec mon avant-bras. J'essaie d'exercer une légère pression dans son dos pour lui faire sentir cet axe corporel solide. D'un seul coup, je sens que Maud relâche le poids de son corps contre ce support d'appuis que je lui offre. Je la soutiens, à bout de bras, mais je la soutiens. Nous sommes toutes les deux face à notre reflet. A ce moment-là, je n'arrive pas à parler. Je sens que mon énergie est happée par ce support physique, mais aussi par ce regard qu'elle me porte à travers le miroir. Elle ne regarde pas son corps, sa tête ou ses yeux, mais les miens. J'ai l'impression qu'à cet instant, je dois tenir dans mon corps pour que le sien ne s'écroule pas. C'est le dernier temps de notre séance. Sur le trajet du retour, Maud ne montre pas de comportements ambivalents entre agrippement et rejet. Elle me tient la main et nous marchons en rythme. De retour sur son groupe, une éducatrice s'exclame de surprise : « Tu es de retour Maud ! Personne ne t'avait vu partir ! »

Cette séance est très déstabilisante pour moi. Je me demande si Maud n'adopte pas ses comportements afin de se sentir exister. Elle semble être dans une recherche constante d'appuis, aussi bien internes avec son tonus corporel et son tonus pneumatique, qu'externes avec son regard et son agrippement à l'autre. Alors comment notre relation et nos échanges peuvent lui apporter un soutien et des appuis suffisants à sa propre construction, afin qu'elle puisse se sentir exister ? Et comment ces appuis peuvent s'ancrer et durer dans le temps, notamment lorsque sa présence même, sur son groupe de vie, fait défaut aux yeux des autres ?

Les séances suivantes sont teintées de comportements et de jeux similaires à ceux-ci. Progressivement, mes observations se portent plus spécifiquement sur le tonus, la respiration et le regard de Maud, qui varient très souvent. Ce sont des éléments qui semblent l'aider à sentir son corps qui tient, à se sentir exister, mais alors comment influencent-ils sa disponibilité dans la relation à l'autre et, à l'inverse, comment celle-ci peut également influencer ces trois éléments ?

#### 3.5.4. Un ensemble d'appuis partagés au sein de la relation

Au mois de novembre, toute la MAS est touchée par une nouvelle vague de contamination par la Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Maud fait partie des résidents touchés par le virus, elle est très affaiblie. Chaque groupe est confiné, la circulation entre eux et les séances dans la salle de psychomotricité sont interdites. Plusieurs séances sont annulées. Deux semaines plus tard, Maud se rétablit bien. Sa prise en charge peut reprendre mais dans sa chambre, au sein de son groupe de vie, entre les cris dans le couloir, l'agitation des autres résidents et le débordement des équipes. De nouveaux repères sont à intégrer. Nous devons tous nous adapter, aussi bien les professionnels que les résidents. À la fin du mois de novembre, un soir de week-end, Maud est retrouvée au sol dans sa chambre. Personne ne connaît les circonstances exactes de sa chute. Son genou gauche est rouge, enflé et douloureux. La radiographie ne montre rien. Le médecin de l'établissement suspecte une entorse du genou, et préconise donc immobilité et repos. Maud est installée dans un fauteuil confort, elle est invitée à poser les pieds au sol seulement lors de ses transferts. La marche, les va-et-vient, les parcours, la danse, les déplacements, plus rien ne peut se faire. Elle n'a plus aucune autonomie de déplacement.

Alors, pour cette première séance dans ce contexte si particulier, je reprends une position d'observatrice. Les axes de travail s'adaptent à chaque situation, mais à l'instant où nous rentrons dans la chambre de Maud, nous ne savons pas. Nous voyons Maud installée dans son fauteuil incliné vers l'arrière. À première vue, ce fauteuil paraît bien enveloppant et très confortable, mais Maud ne semble pas à l'aise. Sa posture est rigide et asymétrique. Sa jambe gauche est tendue, son pied

gauche est posé sur le cale-pied en avant. Sa jambe droite est étendue, avec son pied droit posé sur le cale-pied, réglé un peu plus bas. Son genou droit regarde vers l'intérieur. Le côté droit de son bassin est donc orienté vers le haut, avec un appui plus prononcé sous l'ischion gauche, allant même jusqu'à la bordure de la crête iliaque gauche. Son buste est également orienté vers la gauche, avec un appui plus important sous son épaule gauche. Cette posture correspond à la posture habituelle de Maud, aux vues de la forme de sa colonne vertébrale, mais de façon très exagérée. Son bras gauche se glisse entre son corps et le fauteuil, tandis que son bras droit est plus haut, en appui sur le repose-coude. Ses mains sont en auto-agrippement de façon très prononcée. Sa tête penche du côté gauche, l'espace entre son épaule gauche et sa tête est très restreint. Elle ne repose même pas sur l'appui-tête du fauteuil. Elle est maintenue par la contraction de ses muscles du haut de son buste. Sa respiration semble bloquée, ses mouvements respiratoires sont peu discernables.

Je m'assois sur son lit, en face d'elle, avec un crayon et une feuille comportant le tableau d'observation sur la respiration (Annexe I) que j'ai préparé en amont. La psychomotricienne lance la musique classique et se place à côté d'elle. Son objectif, à cet instant, consiste à apporter à Maud un certain relâchement tonique afin que le mouvement redevienne possible. Son corps est tellement rigide qu'il est impossible de le mobiliser. En premier lieu, la psychomotricienne place sa main sur le ventre de Maud, afin d'évaluer et d'accompagner sa respiration. À cet instant, Maud relâche sa tête et la dépose sur l'appui-tête du fauteuil. Sa respiration devient plus légère et régulière, mais tout le reste du corps est encore sous tension. La psychomotricienne se positionne derrière elle et commence des touchers-pressions au niveau de son crâne et de ses trapèzes. Chaque geste est accompagné par la parole. Maud ferme les yeux. L'espace entre son épaule et sa tête s'ouvre légèrement. Ensuite, les touchers-pressions se poursuivent sur ses épaules, ses bras, ses mains, jusqu'au bout de ses doigts. Petit à petit, elle relâche son auto-agrippement. Ses bras ne changent pas de hauteur et son corps conserve la même orientation qu'au départ, mais sa respiration reste régulière. La majorité du temps, elle garde les yeux fermés. Je vois son tonus s'abaisser progressivement au gré des accompagnements corporels et verbaux de la psychomotricienne, ce qui lui permet de déverrouiller légèrement le haut de son corps.

La psychomotricienne arrête ses touchers-pressions afin de changer de place. Maud est de nouveau dans un recrutement tonique très élevé. Elle ouvre les yeux, elle bloque de l'air dans sa poitrine, elle regarde la psychomotricienne et, suite à une courte apnée, elle dit « maman ». Lorsqu'elle prononce ce mot d'une voix haute et aigue, ses yeux sont vitreux et ses sourcils sont abaissés. Elle semble vraiment en souffrance. Après un nouveau temps d'accompagnement de la respiration au niveau du ventre, la psychomotricienne reprend au niveau de sa jambe droite. Lors de cette séance, aucune approche physique n'est effectuée auprès de la jambe gauche de Maud vu

l'état de son genou, encore bien rouge et gonflé. La psychomotricienne réalise donc des touchers-pressions sur le côté de son bassin puis, progressivement, elle recouvre toute sa jambe, jusqu'à son pied. Cette fois, Maud ne semble pas aussi confiante. Elle maintient son auto-agrippement, elle ne lâche pas ses mains une seule fois. Elle ne fait aucune apnée mais je peine à entendre sa respiration qui semble tout de même très haute. Elle regarde rapidement ce que fait la psychomotricienne puis, pour la première fois de la séance, elle me regarde. Je n'ai pas bougé depuis le début de la séance, je suis en face d'elle. Je suis accrochée par ce regard.

Aujourd'hui, j'ai l'impression que Maud cherche à m'agripper par ce regard, qu'elle me tient et qu'elle a besoin de s'appuyer sur moi. En revanche, je suis moi-même tendue face à elle, je peine à respirer. J'essaie de me repositionner, de respirer plus profondément pour me sentir mieux, de trouver des appuis internes pour pouvoir me tenir face à elle. Je veux bien être un appui pour elle, mais je dois moi-même tenir. J'essaie alors d'être apaisée, de paraître détendue, tout en me tenant solidement dans mon corps. En réalité, ce n'est pas si simple. Comment faire pour trouver ce juste équilibre entre détente et solidité ? Est-ce que détente est vraiment synonyme de relâchement tonique ou est-ce un état subjectif de bien-être, de sensation d'apaisement ?

Lorsque la psychomotricienne termine les touchers-pressions sur la jambe de Maud, elle se relève et se place à sa droite, puis elle dépose une main sur le repose-coude du fauteuil tout en s'adressant à elle. Maud se détache de moi et la regarde dans les yeux, elle pose sa main sur la main de la psychomotricienne. Sa position corporelle globale n'a pas changé, mais son recrutement tonique est plus faible. Elle peut déverrouiller ses bras et orienter sa tête des deux côtés. Elle est plus investie dans la relation à travers ses différents regards et ses quelques verbalisations. Elle semble avoir relâché sa carapace tonique pour s'ouvrir un peu plus au mouvement et à la relation. J'ai l'impression de la voir se réveiller d'un long sommeil anesthésiant. Un bruit dans le couloir, un cri d'un autre résident, et Maud reprend le plus haut niveau de recrutement tonique. Elle est de nouveau sur le qui-vive. Elle reprend son auto-agrippement et ses apnées. Elle regarde la porte sur sa gauche, ses sourcils sont froncés. Son regard laisse paraître de l'inquiétude. La psychomotricienne arrête la musique et je me lève. La séance est terminée, nous lui informons que nous devons partir. En quittant la pièce, j'ai ce même vécu qu'en entrant. Ma poitrine se serre, mes bras sont collés à mon buste. Je tiens ma feuille et mon stylo contre moi. Ce n'est qu'en arrivant dans la salle de psychomotricité, après m'être installée sur ma chaise, après avoir retrouvé de bons appuis, que je peux me sentir bien. Je me tiens, je suis solide, et je suis apaisée. Je respire de nouveau.

Malgré tous ces changements de contexte, je retrouve les mêmes interrogations autour des appuis. Physiquement, Maud se retrouve dans un corps qui n'a pas tenu, qui s'est effondré. Alors, lorsque les appuis corporels font défaut, quels sont les autres appuis qui peuvent offrir un sentiment de solidité et de sécurité ? Si ce recrutement tonique lui permet de se sentir tenir malgré tout, pourquoi essayer de l'abaisser ? En réalité, il existe de nombreux éléments sur lesquels Maud peut s'appuyer pour vivre, internes mais aussi externes. La relation de confiance avec autrui peut être vue comme un espace de partage d'appuis, en lui offrant des appuis externes, mais aussi en lui permettant de ressentir qu'elle-même a différents appuis. Même si la respiration est plus fluide, le corps tient. Même si le tonus est plus faible, le corps tient. Même si l'autre n'est pas là, le corps tient. Alors est-ce que le plaisir et les échanges au sein de la relation peuvent guider Maud dans la découverte d'un bon équilibre entre ses différents appuis, et donc entre détente et solidité ?

Les semaines passent et le genou de Maud dégonfle légèrement, mais la douleur semble toujours présente. Le médecin de la structure lui prescrit des antalgiques et une attelle, afin que l'articulation soit constamment immobilisée. À la fin du mois de décembre, je me rends sur le groupe de Maud afin d'observer un transfert de son fauteuil à son lit. Je vois qu'elle participe à chaque mouvement et qu'elle peut faire de petits pas. Elle ne fait pas de grimace, elle ne crie pas. La douleur est-elle enfin en train de s'atténuer ? Le même jour, je l'accompagne pendant son repas, mais Maud ne mange rien malgré mes nombreuses sollicitations. Au mois de janvier, elle est toujours dans son fauteuil confort et des barrières de lit sont mises en place pour la nuit. Son genou n'est toujours pas guéri, il gonfle de nouveau. Que se passe-t-il ? Elle est amenée à l'hôpital pour passer une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM). En réalité, son os du plateau tibial gauche est fracturé mais il est bien trop tard pour l'opération. Dorénavant, sans aucune exception, Maud doit rester dans son fauteuil, garder ses barrières de lit et ne plus bouger du tout. Tout transfert debout est interdit. Suite à toutes ces annonces, Maud devient le sujet principal des conversations des professionnels. Lorsqu'elle pouvait marcher, elle n'était pas très investie par l'équipe, et maintenant qu'elle ne peut plus marcher, tout le monde est très préoccupé par son état et ses capacités. Alors Maud va-t-elle pouvoir remarcher après cet événement et cette immobilisation sans fin ?

### 3.5.5. Une relation de confiance qui permet d'exister

Suite à un échange avec la psychomotricienne, je reprends le rôle d'actrice dans la prise en charge de Maud. En partant de mes différentes réflexions, je souhaite impliquer plus de sensorialité dans le travail fait avec elle. Mon intention première est de lui apporter du plaisir et de la

réassurance lors de ses séances. L'objectif de la prise en charge est de la guider vers un réinvestissement du corps plaisir et du mouvement, malgré la douleur et l'immobilité imposée. Je repense à cette image de coquille vide, et si elle n'était pas vide finalement ? Malgré l'enfermement et la rigidité extérieure, il existe bien quelque chose à l'intérieur ?

Pour cette séance, je lance la musique habituelle et la psychomotricienne s'assoit sur le lit, en face de Maud. Je me place derrière elle et je commence par des touchers-pressions sur son crâne, jusqu'à ses épaules. En ce qui concerne l'arrière de son corps, je peine à glisser mes mains entre elle et le fauteuil. Mes différents essais sont des échecs. Je ne suis pas à l'aise. Le fauteuil prend de la place et Maud est totalement rigide. Je me demande si ce recrutement tonique lui permet de se sentir soutenue ou s'il ne vient pas manifester un mal-être, voire une douleur. Maud est dans un auto-agrippement très prononcé. Elle se tient les mains, son tonus est très élevé à tous les niveaux de son corps, puis elle fait une apnée. Je me place à côté d'elle afin de la rassurer, de la regarder dans les yeux et de m'adresser à elle directement. Elle prend une de mes mains et la porte à son visage. Face à cette demande, je lui fais des caresses sur tout le visage, tout en restant à ses côtés. Elle ferme les yeux, sa tête se déverrouille légèrement. Je reprends les touchers-pressions au niveau de ses bras, jusqu'au bout de ses doigts, puis je me place de nouveau derrière elle afin de l'envelopper avec mes propres bras. Elle ne lâche pas ses mains, mais elle prononce le mot « maman » et sourit. Progressivement, je tente de me détendre aussi en accompagnant chacun de mes gestes par une respiration profonde et régulière. Maud se relâche légèrement, elle abaisse sa tension corporelle qui bloque tous ses faits et gestes. Elle ne fait plus aucune apnée jusqu'à la fin de la séance. Maintenant que je me sens plus en lien avec elle, que je la sens plus disponible, j'essaie d'amener du mouvement au niveau de ses membres supérieurs. Après plusieurs essais et encouragements, Maud décolle le bras droit de son buste, le tend vers l'extérieur un court instant, puis reprend vite son auto-agrippement. De l'autre côté, son bras ne bouge pas du tout. Malgré de nombreuses sollicitations, Maud maintient son bras collé à son buste. Elle me regarde dans les yeux, sans un mot, sans un bruit, mais j'ai l'impression de percevoir ce message « je me tiens, je m'accroche, alors ne me fait pas mal ». Je la rassure, je prends du temps avec elle, et je la sollicite de nouveau. Elle ouvre son bras rapidement, et reprend son auto-agrippement. Je la félicite puis je commence les touchers-pressions du côté droit du bas de son corps, de son bassin jusqu'à son pied. Mon objectif à ce moment c'est de lui montrer que le mouvement est toujours possible dans son corps, que ce dernier est encore solide et qu'il peut tenir même si ses appuis changent.

Pendant toute la séance, Maud ne se repositionne pas. Elle reste figée dans cette posture, sûrement antalgique pour elle, mais empêchant tout mouvement. Je commence donc par le bassin, puis je recouvre toute sa jambe, jusqu'à son pied. Je verbalise chaque mouvement. Maud suit du

regard tout ce que je fais. Arrivée au pied droit, je retire son chausson et j'applique un toucher plus franc sous sa voûte plantaire afin de solliciter ses capteurs sensoriels. Mon regard alterne entre son pied et ses yeux. Je n'arrête pas de parler, je décris tout ce que je fais. J'essaie de faire du lien, de tout regrouper dans une même unité, de tout fortifier mais sans bloquer. Par la suite, je tente de mobiliser sa jambe droite, d'assouplir son articulation de la cheville d'abord, puis de plier sa jambe. Rien ne bouge. Sa jambe reste tendue comme un piquet. J'essaie différents mouvements, différents touchers, différentes paroles. Ce n'est qu'au moment où j'enveloppe sa jambe avec mes mains et mes avant-bras, que je lui parle et que je la regarde en même temps, que Maud exerce une légère flexion. Puis, elle repose rapidement son pied sur le cale-pied du fauteuil. Très heureuse de voir ce mouvement, je la félicite et l'applaudis, avec un large sourire derrière mon masque.

Je reprends les touchers-pressions sur sa jambe et, subitement, Maud détache ses mains et agite ses bras. Surprise, j'arrête tout ce que je fais, pensant lui faire mal. Elle sourit et continue d'agiter ses bras. Est-ce en réalité un signe de joie ou de fierté ? Je ne sais pas mais je la sens bien en relation et heureuse à ce moment-là. Je termine cette séance en me plaçant de nouveau à côté d'elle et en lui faisant des caresses sur le visage, afin de repartir sur une note un peu plus apaisante après tout ce travail fourni. J'arrête la musique et nous repartons de sa chambre, avec le sourire et l'espoir de pouvoir continuer ce travail de mobilisation des membres, et surtout de plaisir à se mouvoir.

Suite à cette séance, je poursuis ma réflexion autour du fait que les séances en psychomotricité peuvent aider Maud à maintenir et à harmoniser différents appuis, internes et externes, physiques et psychiques, afin d'éviter le renfermement dans cette rigidité corporelle, sans relation. L'objectif est qu'elle puisse ressentir une solidité corporelle suffisante pour ne plus être dans cette extrême rigidité, pour pouvoir se mouvoir, pour pouvoir s'ouvrir à l'autre avec confiance, et donc pour vivre ce sentiment de continuité d'existence au sein de son environnement, et ce sans effraction.



# ***PARTIE THÉORIQUE***

## **1. Les premiers appuis pour exister**

Avant même de développer les différents concepts autour des appuis essentiels au bon développement psychomoteur du bébé, je tiens à donner la définition même du mot « appui », ainsi que du mot « exister ».

D'après le dictionnaire Larousse, un appui est « *tout ce qui sert à maintenir quelque chose ou quelqu'un, à en assurer la solidité ou la stabilité* ». C'est aussi « *un soutien, une aide, une protection, apportés par quelqu'un, comme une personne qui intervient en faveur de quelqu'un et qui le soutient* ». Cette définition même du mot « appui » met en avant le fait qu'un appui n'est pas seulement matériel. Il peut prendre la forme d'un acte, d'une parole, d'un échange, sur lequel le sujet peut s'appuyer. Ensuite, le verbe « exister » signifie « *avoir la vie, vivre* » mais pas seulement. Cette définition est complétée par d'autres, telles que « *être dans la réalité, se trouver quelque part, être repérable dans le temps ou dans l'espace* » mais aussi « *avoir de l'importance, de la valeur* » et enfin « *s'affirmer, se faire reconnaître comme une personne aux yeux de la société, d'un groupe, de quelqu'un* ». Le verbe « exister » indique que le sujet vit, qu'il a sa propre place dans sa propre vie, mais qu'il est aussi existant aux yeux des autres. Exister signifie être reconnu comme un sujet à part entière, en ayant une place dans la vie des autres.

Dès le stade in utero, le bébé est imaginé. S'il ne fait pas encore parti du monde extérieur, ses parents le font déjà exister à travers leur imaginaire et leurs expressions. Son existence se fait connaître à travers le comportement et les dires de ses parents. Ensuite, à sa naissance, il prend une place physique dans ce nouvel environnement. Avant même son premier mouvement, son premier cri, le bébé est regardé, porté, aimé. Dans les premiers instants de sa vie, il rencontre ses parents. Par la suite, la famille s'agrandit avec peut-être une fratrie, des grands-parents. Cette famille, cet environnement, constitue le lieu où l'enfant se développe sur le plan psychique. C'est un environnement riche en expériences et en stimuli, mis en jeu au sein de divers échanges relationnels et affectifs.

En parallèle de ce bain relationnel, de cette place que son environnement lui offre, le bébé développe progressivement sa motricité. Débutant sa vie avec une motricité réflexe, son développement neuromoteur le conduit sur la voie d'une motricité volontaire et organisée, lui permettant d'explorer par lui-même ce monde environnant mais aussi son propre corps. Grâce à

ses différents mouvements dans l'espace, le bébé se construit sur le plan moteur, ce qui lui permet de s'ouvrir à son monde intérieur avec ses propres ressentis, mais aussi extérieur avec ses divers échanges.

Le développement psychomoteur du bébé est donc un ensemble de processus complexes et réciproques entre le développement psychique et le développement moteur, impliquant le sujet lui-même ainsi que son environnement. Un processus n'est pas entièrement porteur de l'autre, les deux entrent en corrélation au cours de différentes étapes, dans un développement continu. Tout au long de cette dynamique du développement psychomoteur, le sujet se construit. Il s'identifie à l'autre, puis il se différencie, pour finalement se représenter et vivre comme un sujet unifié.

### 1.1. L'environnement

Afin de souligner l'importance de l'environnement dans le développement psychomoteur du bébé, je tiens à reprendre la célèbre phrase de Winnicott qui est « *mais un bébé, cela n'existe pas* » (2018a, p. 235) plus connue sous la formulation de « *un bébé tout seul, ça n'existe pas* ». L'auteur précise que, au début de la vie, « *ce n'est pas l'individu qui est la cellule, mais une structure (set up) constituée par l'environnement et l'individu.* » (2018a, p.235). C'est à travers sa relation avec son environnement et ses diverses expériences que le bébé reçoit soutien, contenance et sécurité, et qu'il peut se construire progressivement. Il s'identifie puis se différencie, et peut occuper la place de sujet qui lui est dédiée.

#### 1.1.1. La sensorialité

Bien qu'immaturo sur le plan neuromoteur, le bébé est doté de nombreuses capacités sensorielles sur lesquelles il peut d'ores et déjà s'appuyer pour rentrer en relation avec l'autre et se développer. « *Il est préprogrammé, si l'on peut dire, pour réagir à son environnement à l'aide des cinq sens.* » (Major, 2012). En effet, son environnement lui offre différents stimuli qu'il est en capacité de percevoir. Progressivement, il apprend à les traiter et à les discriminer. La constitution d'un répertoire sensoriel débute donc très tôt, dès le stade in utero.

- ❖ Le goût : Dès la 7ème semaine de grossesse, les cellules qui permettent de détecter les saveurs se développent. Elles deviennent fonctionnelles à partir de la 13ème semaine de grossesse. C'est en avalant le liquide amniotique que le fœtus expérimente un ensemble de sensations

orales appelées la flaveur, sensations dépendantes des aliments que consomme la mère. Dès les premières semaines de grossesse, le bébé est familiarisé avec le régime alimentaire de sa mère. Lorsqu'il vient au monde, un certain répertoire sensoriel d'odeurs et de saveurs est déjà constitué. Après l'accouchement, le bébé continue de se familiariser avec les saveurs de l'alimentation de sa mère par le lait maternel.

- ❖ L'odorat : Les narines du bébé étant bouchées jusqu'au 4<sup>ème</sup> voire 6<sup>ème</sup> mois de grossesse, les substances odorantes transportées par le liquide amniotique offrent une première expérience olfactive au bébé autour du 7<sup>ème</sup> mois de grossesse. Par la suite, l'odorat est bien en place dès les premiers jours de vie. Le bébé peut exprimer ses préférences et il est surtout en capacité de reconnaître l'odeur de sa mère. Il recherche cette odeur notamment en se frottant contre elle, ce qui provoque chez elle des bouffées d'attachement. Ces moments d'intimité sont à préserver tant il s'agit d'une véritable prise de reconnaissance de l'un envers l'autre.
  
- ❖ L'ouïe : L'ouïe est le sens le plus aiguisé du fœtus. C'est entre la 26<sup>ème</sup> et la 28<sup>ème</sup> semaine de grossesse que l'audition fœtale commence à être efficace. D'abord centrée sur les sons internes du corps de la mère, le bébé commence à prendre connaissance des sons venant de l'environnement externe autour du 5<sup>ème</sup> mois. Il réagit davantage à la voix humaine. À la naissance, le bébé montre une reconnaissance particulière à la voix maternelle vers laquelle il va tourner la tête de façon préférentielle.
  
- ❖ La vue : La vision est le dernier sens à se développer chez le fœtus. Jusqu'à la 24<sup>ème</sup> semaine de grossesse, les paupières sont closes. Ce n'est que vers le 7<sup>ème</sup> mois de grossesse qu'il peut distinguer des nuances de lumière. Toutefois, la vue a peu de chances de se développer dans l'obscurité du ventre maternel, pauvre en stimulations. La vision est encore immature à la naissance. Avant le 2<sup>ème</sup> mois de vie, le bébé voit surtout les contours des objets, sans détail précis. Dans les semaines qui suivent, il montre un intérêt particulier à regarder les visages. Il cherche parfois à capter le regard, surtout celui de sa mère pour laquelle cet échange très précoce a une importance toute particulière dans la mise en place des premiers liens.

Ces échanges de regards portent une importance primordiale dans ce que Winnicott nomme « *le rôle miroir de la mère* ». Il s'inspire du concept de « *stade du miroir* » théorisé par

Lacan, et il affirme que « *le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère* ». (Winnicott, 2018b, p. 203). Avant de voir son reflet dans un miroir, le bébé l'aperçoit dans le regard de sa mère. Ce reflet dans le regard ne correspond pas seulement à une simple image de soi, il représente une part du soi. Il est porteur de l'aspect émotionnel que la mère porte à l'égard de son bébé, ce qui contribue à son propre développement émotionnel, sa propre construction de soi. C'est un processus d'échanges comportant deux dynamiques, la mère fait exister son bébé et le bébé fait exister sa mère. « *Quand je regarde, on me voit, donc j'existe. Je peux alors me permettre de regarder et de voir.* » (Winnicott, 2018b, p. 209). Le regard porté sur le bébé se révèle être un appui essentiel pour lui dans son développement. Il commence par se construire en fonction de ce qu'autrui lui renvoie en le regardant.

- ❖ Le toucher : Le toucher est la première capacité sensorielle à apparaître chez le fœtus. Les récepteurs tactiles répartis sur l'ensemble de son organisme lui permettent de recevoir des informations sur son environnement, mais aussi sur son propre corps. Ces récepteurs font leur apparition autour de la 4<sup>ème</sup> semaine de grossesse, et c'est autour de la 12<sup>ème</sup> semaine de grossesse que certains réflexes déclenchés par le toucher sont observables. À la naissance, le bébé est toujours incapable de réaliser des gestes volontaires. C'est au cours des différentes rencontres avec le corps maternel et des différents soins prodigués par la mère, riches en sensorialité et en affectivité, que le bébé peut découvrir une base fondamentale sur laquelle il peut s'appuyer pour se développer.

C'est à travers les concepts de « *holding* » et de « *handling* » que Winnicott met l'accent sur l'importance des capacités de la mère qu'il décrit comme « *suffisamment bonne* » à partir de 1950. Dans son ouvrage de 2012 dédié aux concepts de cet auteur, Lefèvre regroupe et reprend ces différents termes. Tout d'abord, la mère « *suffisamment bonne* » qualifie une mère « *dévouée qui fait de son mieux, elle est capable d'avoir des défaillances et d'y remédier.* » (Lefèvre, 2012, p. 30). Présente physiquement mais également psychiquement, elle se rend disponible aux différents besoins qu'exprime son enfant. En réalité, cette qualification résulte d'une co-construction entre les capacités de la mère et les capacités de l'enfant que lui-même acquière au cours de son développement grâce aux actes de sa mère. Le holding « *c'est le portage, c'est-à-dire la manière dont l'enfant est tenu, porté par sa mère ou par l'adulte qui s'occupe de lui.* » (Lefèvre, 2012, p. 32). Cette manière de porter comprend le portage physique mais aussi psychique. Le portage permet à l'enfant de faire l'expérience de la sécurité. Protégé de toutes menaces, externes mais aussi

internes, il peut grandir et s'ouvrir à la relation à autrui et au monde environnant sans risque. Le handling « *est la manière dont l'enfant est manié, manipulé.* » (Lefèvre, 2012, p. 34). En fonction de ses besoins, qu'il ressent par des manifestations internes, la mère apporte une réponse adaptée. Ces expériences d'association entre les sensations internes et les comportements externes lui permettent progressivement de délimiter son corps et son appareil psychique en construction. Le bébé devient un sujet au sein d'une relation satisfaisant ses besoins.

En lien avec cette place importante qu'occupe la sensorialité au sein de la relation entre le bébé et son parent, Haag met en avant l'intérêt du regroupement de plusieurs sens dans une même dynamique du développement psychomoteur du bébé. Elle insiste sur « *cette association du contact-dos avec l'interpénétration du regard et l'enveloppe sonore porteuse de modulations à fort message émotionnel* ». (Haag, 1988, p. 4). Elle s'inspire du concept de « *présence d'arrière-plan* » de Grotstein, décrit comme « *une personnification du ciment assurant la cohésion de l'identité personnelle.* » (Haag, 1988, p. 11). Pour elle, le « *contact-dos* » permet au bébé de se constituer un sentiment de sécurité dans cet environnement nouveau, rappelant les sensations vécues dans le milieu utérin représentant le premier lieu sûr. Cette sécurité offre, par la suite, une base fondamentale au bon développement de la motricité du bébé.

Cet environnement est composé en premier lieu de la mère, mais il s'agrandit avec le temps. Chaque nouvel individu proche du bébé peut représenter un nouvel appui pour lui et son bon développement. D'après Bullinger, cité par Livoir-Petersen dans son texte de 2011, « *en plus d'assumer les conditions d'homéostasie de son organisme, c'est par cette double fonction d'appui, de mise en forme posturale et de source sensorielle, qu'intervient l'entourage d'un bébé (et avant lui du fœtus).* » (p. 119).

### 1.1.2. Le tiers

Dans ces différents échanges qu'entretient le bébé avec son environnement, la mère occupe une place centrale. Elle le porte dans son ventre pendant la grossesse, elle est au cœur de ses premières expériences sensorielles, elle le porte de manière réelle et symbolique, mais elle représente aussi un objet source lui permettant de s'ouvrir à l'existence d'un monde extérieur en toute sécurité.

C'est avec le concept de « *l'object presenting* » que Winnicott décrit ce phénomène. Le bébé, qui vit dans un état symbiotique avec sa mère où l'autre n'est pas différencié, découvre progressivement qu'il n'est pas la source de sa propre satisfaction, et donc que l'autre existe. « *La*

*mère suffisamment bonne agit d'une manière qui ne heurte pas l'omnipotence de son nourrisson ; à partir de là, celui-ci peut progressivement renoncer à la toute-puissance. »* (Lefèvre, 2012, p. 36). C'est en réalité un objet extérieur présenté par la mère qui apaise l'excitation du bébé. Suite à ces expériences d'attente et de frustration de plus en plus nombreuses, mais prenant place dans une certaine rythmicité avec un environnement toujours bien porteur, le bébé développe peu à peu ses propres ressources sur lesquelles il peut s'appuyer pour gérer ses émotions et satisfaire ses propres besoins. Il réalise que sa mère et lui sont deux personnes distinctes. Il se détache progressivement de la relation de dépendance totale qu'il entretient avec sa mère pour aboutir à l'élaboration d'une relation d'indépendance, où il occupe une place de sujet.

De plus, l'environnement de l'enfant comprend aussi le père qui est présent avant même l'arrivée au monde du bébé. Pour Korff-Sausse, la dyade mère-bébé « *est inconcevable, car la venue au monde d'un enfant s'inscrit d'emblée dans une situation triangulaire.* » (2016, p. 52). Lorsque la mère est absente, le père est présent. Il ne porte pas atteinte à la relation de la mère avec son bébé, mais il se présente comme une personne de confiance supplémentaire pouvant satisfaire les besoins du bébé. Grâce au développement progressif de ses processus psychiques, ce dernier peut différencier la mère, mais aussi le père qui se présente à lui avec ses propres modalités sensorielles. Le père est donc la tierce personne, différente de la mère et du bébé. Le père « *c'est l'intermédiaire, qui sera donc quelque chose d'autre qui apparaît et qui est d'une autre nature.* » (Robert-Ouvray, 2020, p. 245). La richesse de cet environnement offre la possibilité au bébé de développer son appareil psychique en intégrant, progressivement, un soi différent d'autrui.

### 1.1.3. La rythmicité

L'ensemble de ces expériences sensorielles et affectives que l'environnement offre au bébé participent à son développement psychique, mais aussi moteur. Pour la plupart de ces expériences, elles sont teintées d'un aspect important qui est l'aspect rythmique. Les concepts de Winnicott cités plus haut, par exemple, font déjà état de cet aspect. La mère porte son bébé et s'adapte à son rythme. C'est à partir de cet aspect rythmique que s'instaurent les premières modalités d'ajustement mais aussi de communication entre le bébé et son parent.

Selon sa disponibilité relationnelle et ses capacités d'interprétation, le parent prête des états émotionnels à son enfant à partir des manifestations toniques qu'il observe. Cette idée d'associer tonus et émotions débute avec Wallon en 1930, avec le concept de « *dialogue tonique* », idée approfondie par la suite par Ajuriaguerra en 1977, avec le concept de « *dialogue tonico-émotionnel* ». En réalité, « *s'intéresser au dialogue tonico-émotionnel porte donc tout*

*naturellement à s'intéresser à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre deux partenaires.* » (Bachollet & Marcelli, 2010, p. 14). C'est un dialogue, et donc un processus d'échanges réciproques entre les deux sujets.

L'émotion est repérée grâce à tous les aspects toniques, prosodiques ou encore mimiques que le sujet dégage. Le terme « émotion » d'origine latine signifie « *mouvement en dehors* ». C'est un vécu intérieur propre aux ressentis du sujet, mais exprimé vers l'extérieur et donc détectable par autrui. Le bébé peut ressentir cet état émotionnel chez son parent, mais il n'est pas encore en capacité de l'identifier en tant que tel. Lorsque c'est au tour du bébé de s'exprimer sur le plan tonique, prosodique et mimique, c'est son parent qui interprète sous un aspect émotionnel cette manifestation tonique. Il ajoute un commentaire qui fait directement sens pour lui, mais indirectement pour le bébé en train de construire son répertoire émotionnel. Sur le moment, le parent apporte une imitation amplifiée qui est reprise par la suite par le bébé, et accompagnée de ce langage porteur de sens. Ce processus porte le nom « *d'interprétation attributive identifiante* ». (Bachollet & Marcelli, 2010, p. 16). Il est possible grâce aux neurones-miroirs mis en jeu dans l'échange de regards entre les deux sujets. Se retrouve ici la notion de « *trans-subjectivité* ». Progressivement, grâce à son parent et ses fonctions parentales, le bébé peut intégrer cette signification, l'associer à ses propres vécus et donc se construire lui aussi comme sujet existant dans la relation. Cette cohérence entre expression du bébé et réaction du parent suit une certaine rythmicité au sein de la relation. Elle est teintée d'affects et de langage porteur de sens. Marcelli ajoute que « *cette cohérence mimique, prosodique, tonico-émotionnelle, constitue l'arrière-fond, le paysage émotionnel qui accompagne les mots.* » (Bachollet & Marcelli, 2010, p. 16). Le dialogue tonico-émotionnel est donc un vecteur émotionnel primordial dans la relation, mais il est également précurseur du langage verbal.

Dès sa venue au monde, le bébé est plongé au cœur d'une relation où le parent répond à ses besoins, à travers des actes porteurs de sens et d'affects. Le bébé peut s'appuyer sur son parent afin d'élaborer une différenciation entre lui et autrui, à travers un développement psychique continu. Toutefois, pour se faire comprendre, le bébé doit être en capacité de se mouvoir, il doit être toniquement présent dans cette relation.

## 1.2. Le corps

Dès le stade in utero, le bébé est doté de nombreuses capacités sensorielles mais aussi de capacités motrices. Le corps est le support de toutes ces interactions avec l'environnement. D'abord dans une grande proximité corporelle à sa mère, le bébé se détache progressivement,

psychiquement mais aussi physiquement. Grâce à son appareil psychique en évolution continue et à son corps tonique et moteur, il peut se différencier, s'exprimer et explorer son monde environnant.

#### 1.2.1. L'évolution de la répartition du tonus

L'évolution de la fonction tonique est extrêmement importante dans le développement psychomoteur du bébé. D'abord hypotonique de l'axe et hypertonique des membres, le bébé gagne en possibilités grâce à sa maturation neurologique. Le tonus se répartit de façon harmonieuse en suivant deux lois : la loi céphalo-caudale et la loi proximo-distale. La loi céphalo-caudale est dite descendante. Le contrôle des muscles se fait d'autant plus vite qu'ils sont proches du cerveau. Le contrôle musculaire se fait de la tête aux pieds. La loi proximo-distale permet au contrôle musculaire de se faire à partir de l'axe du corps pour ensuite aboutir à la périphérie. Par exemple, au niveau du haut du corps, le bébé contrôle d'abord ses épaules, ses bras, ses mains et enfin ses doigts. Encore une fois, l'environnement joue un rôle important dès les premiers temps de ce développement. Le bébé engage sa tonicité en fonction des supports que lui offre son environnement. En effet, c'est en fonction de la qualité de la relation qu'il entretient avec son parent, de l'aspect sécuritaire de cette relation et de ses nombreuses sollicitations, que le bébé peut éveiller ses différentes capacités d'appui. Lesage parle de « *réponses d'appui qui génèrent du repousser.* » (2014, p. 4). C'est parce que le bébé rencontre autrui dans son environnement qu'il peut générer une réponse en s'appuyant sur les sollicitations.

Pour reprendre les étapes clés du développement du bébé, Robert-Ouvray propose une réflexion en appui « *sur deux phénomènes d'ordres différents, des phénomènes moteurs objectivables et des phénomènes psychiques hypothétiques.* » (2020, p. 59).

Au début de la vie, le schème d'enroulement ne concerne pas le corps dans sa globalité. Il ne concerne que certaines zones corporelles distinctes. Progressivement, le bébé peut réaliser un mouvement d'enroulement total du corps. Il regroupe alors ces zones distinctes en une unité globale, comme des objets fragmentés en un seul objet. Il construit un premier soi psychomoteur unifié. « *C'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'ouverture du corps vers l'extension et l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel s'étayeront.* » (Robert-Ouvray, 2020, p. 61).

En même temps, ce mouvement de rassemblement met en avant un mécanisme de coordination motrice. Chaque schème moteur demande une certaine organisation, dans le temps

et dans l'espace. Cette coordination corporelle est un modèle pour l'appareil psychique en construction. « *Le passage de la fragmentation schématique à l'extension corporelle assure ainsi au psychisme un sentiment de continuité de vivre.* » (Robert-Ouvray, 2020, p. 63). Le bébé explore corporellement différents pôles opposés, entre mouvements opposés, sensations opposées, états toniques opposés (flexion-extension, contraction-détente, ouverture-fermeture). Grâce à la répétition de l'exploration de ces pôles opposés, des pôles intermédiaires se dévoilent. Le bébé découvre un possible équilibre dans la répartition de son tonus. En parallèle de cette construction de soi, le bébé est au cœur d'une relation où les échanges avec autrui connaissent également des pôles d'opposition (présence-absence, attachement-détachement), ce qui le conduit également sur un équilibre entre la différenciation de soi et d'autrui, et la relation toujours existante entre les deux sujets.

Aussi, cette dynamique de rassemblement et de coordination s'associe à une dynamique d'axialité et de symétrie. Le rachis est la structure osseuse qui se propose comme l'élément référent en tant qu'axe du corps. C'est autour de lui que prennent place ces mouvements d'opposition, en symétrie. L'axe vertébral joue donc un rôle important d'organisateur entre les différents espaces du corps. Il représente à la fois une séparation et une liaison entre les pôles opposés (droite-gauche, haut-bas). Finalement, à partir de l'exploration de ces schèmes moteurs de base, les mouvements sont d'abord dirigés vers soi, vers ce centre référent. Ils permettent à l'enfant d'expérimenter ce concept de rassemblement, physique mais aussi psychique.

*Toute l'orientation des schèmes de base se fait sur le modèle de l'enroulement et vers le centre du corps. Les différentes parties du Moi et de l'objet se regroupent entre elles pour constituer le noyau narcissique fondamental de soi.* (Robert-Ouvray, 2020, p. 68-69).

Au début de sa vie, encore immature sur de nombreux plans, le bébé a besoin d'un tuteur qui est le corps parental. La qualité de l'évolution de son tonus dépend de sa maturation neurologique mais aussi de sa relation avec son parent. Progressivement, le bébé intègre un soi moteur et un soi psychique à partir de ces processus continus et réciproques. Il peut alors s'ouvrir au monde, tout en découvrant ses propres appuis.

### 1.2.2. Le développement de la motricité volontaire

Progressivement, l'évolution et l'harmonisation de la fonction tonique du bébé permet un portage plus souple de la part du parent, c'est-à-dire moins enveloppant. Il peut se détacher du rôle de porteur, pour se diriger petit à petit vers le rôle d'accompagnateur. Le bébé, de son côté, peut

se mettre en mouvement et explorer son corps ainsi que son environnement. Il est amené à adopter ses propres conduites motrices et volontaires. Pour Ajuriaguerra, la psychomotricité correspond au développement cohérent de l'équipement neurophysiologique du bébé, du déploiement de la fonction motrice émergente et de l'investissement de cette fonction motrice.

Dès le stade in utero, les premiers mouvements pouvant être repérés sont dits spontanés. Ils sont « *non contrôlables, ne répondent pas à des buts concrets et paraissent indépendants de toute stimulation discernable ; leur disparition est la condition nécessaire aux activités déterminées par un but défini* » (Ajuriaguerra, 2017, p. 227). Les mouvements de flexion-extension, d'adduction des mains ou encore de torsion du tronc, au début de la vie du bébé, font notamment partie de ces mouvements dits spontanés. Alors, lorsque le bébé obtient une réponse potentielle et adaptée à la suite de la réalisation d'un mouvement en particulier, au sein d'un environnement ajusté, ces schèmes moteurs de base décrits précédemment prennent sens et le conduisent à la réalisation de mouvements volontaires plus précis. C'est ce qui correspond à l'investissement de la fonction motrice émergente.

*Au cours de son évolution, le mouvement peut rencontrer des objets et des orifices auxquels il s'attache et dans lesquels il se complaît et se découvre. Ce type de mouvement disparaîtra lorsque l'enfant sera capable non plus de subir son mouvement et d'en tirer des jouissances occasionnelles, mais lorsque l'acte aura des buts plus définis, répondant à des besoins plus précis et plus focalisés.* (Ajuriaguerra, 2017, p. 229-230).

La fonction motrice émerge des capacités du bébé, mais une nouvelle fois, la relation qu'il entretient avec son parent occupe une place importante dans l'investissement de cette fonction. C'est la réponse de son environnement, la signification qui est associée, mais aussi la répétition même de l'expérience et de son effet, ainsi que la représentation psychique en construction qui permet au bébé d'acquérir des conduites motrices volontaires. Tous ces éléments intervenant dans le développement de la motricité du bébé regroupent les aspects toniques, sensoriels, rythmiques, affectifs mais aussi représentatifs qui sont partagés au sein d'une relation. En effet, comme le dit Ajuriaguerra, « *nous pouvons donc dire que le développement de l'enfant n'est pas un monologue évolutif, mais un dialogue entre une activité de croissance et un interlocuteur qui l'alimente.* » (Joly, 2011, p. 230). Au fur et à mesure, les capacités motrices s'affinent et deviennent des conduites plus intentionnelles, plus anticipatoires. Cette dynamique tournée vers le futur est essentielle, « *car le véritable sens de la vie humaine est l'utilisation de ce présent se projetant vers l'avenir.* » (Joly, 2011, p. 230).

Le tonus du bébé évolue et, suite au développement de sa motricité et de sa psyché, ses relations à son parent et à son environnement évoluent. Le bébé se construit progressivement en tant que sujet, doté de mouvements et de pensées. Il peut dorénavant faire ses propres choix. Un des aspects primordiaux de ce développement est l'acquisition de la verticalité sous différentes postures, puis de la station debout et enfin de la marche, grand tournant dans le développement psychomoteur de l'enfant.

### 1.2.3. Le passage à la verticalité

Grâce à son environnement et à ses propres capacités, le bébé développe une tonicité permettant le mouvement ainsi que le redressement. Cette tonicité en devenir permet la mise en place de l'orientation, de l'équilibration, de l'adaptation aux situations ainsi que des torsions. Pour Robert-Ouvray, « *la torsion est un mouvement de socialisation* » (2020, p. 68). Sans l'acquisition de ce mouvement, le bébé est comme bloqué dans une posture corporelle rigide, pouvant aller en avant ou en arrière. Grâce à ce mouvement de torsion, il peut s'orienter et s'ouvrir plus à son environnement.

La réalisation de diverses expériences posturales révèle au bébé l'importance de la fiabilité dans le support que constitue son environnement, mais aussi et surtout la présence et la solidité de ses propres appuis au sein de son propre corps. « *Ainsi, le bébé découvre comment s'élever dans une dialectique constante entre lâcher son poids, se récupérer et s'enrouler, et prendre appui pour repousser et s'élever.* » (Lesage, 2014, p. 5). C'est tout un travail d'équilibre qui est mis en place entre, pouvoir s'appuyer sur l'autre pour tenir soi et pouvoir s'appuyer sur soi pour s'ouvrir à l'autre. Progressivement, le bébé tient son axe et libère sa périphérie à d'autres fins. « *La qualité de cette construction dépend de celle du jeu des appuis.* » (Lesage, 2014, p. 5).

C'est lorsque le bébé commence à tenir assis qu'il acquiert une première forme de verticalité. Il se rend compte qu'il a un bassin sur lequel il peut s'appuyer, et qu'il a un corps qui est en capacité de tenir érigé.

*Nous pouvons reconnaître 5 déterminants dans la construction du sentiment de sécurité lors de notre redressement : le flux de la respiration, le rassemblement dans l'enroulement et le dépliement par l'ouverture, le retournement par l'assise du bassin, le repoussé par les appuis dans le sol et l'appui visuel.* (Ponton, 2015, p. 1).

Tous ces éléments se présentent comme des appuis fiables au sein des expériences que vit l'enfant au cours de son développement. De nouveau, il peut occuper de nouveaux espaces et

établir de nouvelles relations grâce à cette motricité grandissante. L'auteure termine ses propos en affirmant que « *la construction de la verticalité permet d'explorer l'espace par les dimensions du mouvement et les 5 directions reliées par le centre.* » (Ponton, 2015, p. 5).

Par la suite, dès que le petit peut marcher, il se rend compte qu'il est tout seul dans l'espace. Il peut partir seul, c'est-à-dire qu'il renonce volontairement à la proximité du corps parental pour un instant. Il retourne vers l'adulte pour se solidifier psychiquement, pour retrouver des appuis, pour se réconforter, puis il repart. La marche est donc une expérience de séparation qui nécessite de se sentir suffisamment solide en soi, physiquement pour avancer mais aussi psychiquement pour se séparer de l'autre. De son côté, l'adulte doit être prêt à l'accompagner dans cette séparation et à accepter sa rythmicité. Ces diverses explorations enrichissent le répertoire moteur de l'enfant, ainsi que son appareil psychique avec de nouvelles représentations. Comme le dit Bullinger, cité par Livoir-Petersen (2011) « *l'objet « moi », les objets du milieu et l'espace où ils interagissent adviennent progressivement comme objets mentaux : conséquences d'un seul et même processus, leur représentation et l'instrumentation de l'organisme sont simultanées.* » (p. 98). Ce processus aboutit à la constitution d'un sentiment de soi pour le sujet en devenir.

### 1.3. Le sentiment de continuité d'existence

Dès sa venue au monde, le bébé est lié à son parent de manière symbiotique, d'un point de vue corporel mais aussi psychique. En tant qu'être immature, cette proximité lui offre un sentiment de sécurité fondamental. Il ne peut se développer en tant que sujet sans cette protection et cet accompagnement de l'autre, et l'investissement même de ses propres capacités. C'est grâce à l'ensemble de ses expériences sensorielles et motrices, réalisées au sein d'un environnement riche et disponible, que le bébé se différencie de l'autre et prend conscience de sa place en tant que sujet à part entière. L'expérience de cette relation stable et sécurisante garantit au bébé, et à l'adulte en devenir, une capacité à ressentir, à reconnaître, à évoquer et à se représenter ses propres états, afin de les inscrire dans une histoire cohérente qui est sa propre vie.

La représentation du corps renvoie à la manière dont le sujet fait siennes ses propres expériences corporelles. Elles lui offrent différents appuis, venant de sa relation avec autrui et venant de son propre corps, qu'il peut internaliser. « *Corps et identité sont des processus qui se développent dans la relation et l'échange. L'appui est donc autant physique que psychique.* » (Lesage, 2014, p. 5). Ces diverses expériences le remplissent d'un point de vue du développement moteur mais aussi du développement psychique. Cette représentation du corps s'appuie sur une

construction progressive tout au long de la vie du sujet, lui permettant d'affirmer son identité et de se sentir exister au fil de ses expériences.

Ce principe de se sentir exister est théorisé en premier lieu par Winnicott sous le terme de « *continuity of being* » ou « *sense of being* », traduit en français sous le terme de « *sentiment de continuité d'existence.* » (Houzel, 2016, p. 115). Ce sentiment naît au cours du processus d'intégration. Tout d'abord, le bébé est doté d'un moi non-intégré. C'est grâce à l'adéquation entre ses besoins et les réponses de son environnement qu'il rencontre la possibilité de réaliser ce processus d'intégration, et donc ce sentiment de continuité d'existence. Comme le dit Winnicott, « *grâce aux bons soins, l'intégration peut commencer à s'établir et une personne à exister.* » (2018a, p. 234). En effet, ce processus complexe et complet aboutit à une différenciation entre le dedans et le dehors, et entre le moi et le non-moi. Ce processus est indispensable au mécanisme de différenciation d'autrui, et donc d'individuation du sujet.

Pour rappel, pour Winnicott, au début de la vie « *ce n'est pas l'individu qui est la cellule, mais une structure (set up) constituée par l'environnement et l'individu.* » (2018a, p. 235). L'auteur décrit le centre de gravité comme l'état même de l'être, l'être soi, l'être au monde. La coquille correspond à la surface externe de l'appareil psychique du sujet, et le noyau comme le cœur même de cet appareil psychique. Grâce à tous les soins, tous les appuis, toutes les expériences possibles grâce à son corps et son environnement, et plus particulièrement sa mère, « *il sera possible au centre de gravité décrit ci-dessus de se loger au centre même de l'individu, dans le noyau plutôt que dans la coquille.* » (Winnicott, 2018a, p. 236). En conclusion, le sentiment de continuité d'existence se constitue durant le développement de l'individu, grâce à ses expériences relationnelles et corporelles.

## **2. Le polyhandicap**

Dans le cas où le bébé est polyhandicapé, un des stades du développement présenté ci-dessus peut être impacté par la déficience. Au fil des années et des progrès scientifiques, les termes employés pour décrire les différents types de handicap se sont précisés. Aujourd'hui, le polyhandicap est considéré comme l'association d'une déficience motrice et d'une déficience mentale sévère. Ses origines peuvent être multiples, et parfois inconnues. Suivant l'étiologie, les atteintes et leurs conséquences ne sont pas les mêmes d'un sujet à l'autre. Progressivement, la place du sujet polyhandicapé au sein de son environnement familial aux yeux de ses proches, mais

également au sein de son environnement institutionnel aux yeux des différents professionnels à ses côtés, a été questionnée et développée.

## 2.1. Définition(s) et étiologie(s) du polyhandicap

« *Le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation* », voici la définition retenue dans l'annexe XXIV ter de 1989, qui reprend et précise la loi de 1984. Ce terme de « polyhandicap » ne doit pas être confondu avec d'autres termes comme le « plurihandicap » ou le « surhandicap ». Le plurihandicap est une association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles, et le surhandicap est une surcharge des troubles du comportement sur un handicap grave préexistant.

Dans cette définition, le terme de « déficience mentale » fait état, plus précisément, d'une altération des capacités intellectuelles. Aujourd'hui, c'est plutôt le terme de « déficience intellectuelle » qui est employé en France. Il désigne l'arrêt, le ralentissement ou l'inachèvement du développement intellectuel, se manifestant par une présence simultanée d'un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, et d'un comportement adaptatif déficitaire concernant le langage, la motricité et les performances sociales. La déficience intellectuelle est qualifiée de grave ou sévère lorsque le Quotient Intellectuel (QI) est compris entre 34 et 20, et de profonde lorsque le QI est situé en dessous de 20.

*Le polyhandicap est une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain.* (Groupe Polyhandicap France (GPF), 2021).

Cette définition est adoptée par le Conseil d'Administration le 3 décembre 2002. Il est ajouté que « *il s'agit là d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique.* » (GPF, 2021).

À l'origine de ces graves perturbations, un accident cérébral a lieu. Ce terme « d'accident » peut être discuté. Ici, il est question d'un événement provoquant des lésions cérébrales graves, multiples et irréversibles, qui engendrent déficience motrice et déficience intellectuelle sévère ou

profonde, ainsi que divers troubles développés plus loin. Cet accident a donc un impact conséquent sur le développement du sujet polyhandicapé. Cet accident peut avoir lieu à différents moments : à la fécondation, pendant la grossesse, à la naissance ou dans les premiers mois de vie du bébé. S'il survient plus tardivement dans le développement, ce n'est pas le terme de « polyhandicap » qui est employé mais le terme de « situation de polyhandicap ». La question de la date de la survenue de l'accident cérébral est importante, afin de cerner les différences fondamentales qui peuvent être retrouvées dans l'approche clinique du sujet, mais aussi dans la relation qu'il peut entretenir avec son entourage, familial ou soignant.

## 2.2. L'approche du polyhandicap

### 2.2.1. Les différents troubles dans le polyhandicap

La diversité des troubles et leur gravité sont donc dépendantes des lésions cérébrales survenues lors de l'accident, et surtout des zones atteintes par ces lésions. À l'origine de cet accident, plusieurs événements sont possibles : une aberration chromosomique lors de la fécondation, une anomalie génétique ou une infection lors du développement fœtal, une anoxie ou une hémorragie cérébrale à la naissance, ou encore un traumatisme lors du développement du bébé. Les troubles les plus fréquents sont l'épilepsie, les troubles sensoriels, les troubles respiratoires ou digestifs, les troubles moteurs et toniques neurologiques, ainsi que les malformations squelettiques ou encore les dysfonctionnements organiques. Encore d'autres troubles, à expressions diverses et variées, peuvent être visibles tels que les troubles du comportement, du langage, de la perception, de la cognition et de la relation. Tous ces troubles ne sont pas sans conséquences. Les sujets polyhandicapés peuvent avoir une santé fragile, avec des risques vitaux importants, des douleurs physiques et psychiques, un port d'appareillages importants, ou encore des traitements pharmacologiques conséquents. Ils présentent un état de grande dépendance.

Tous ces troubles sont à prendre en compte au sein d'une globalité représentée par la personne elle-même, en tant que sujet qui se développe avec, et ce de façon harmonieuse. Chaque sujet est unique par sa personnalité et par les troubles qu'il présente, ainsi que par son niveau de déficience motrice et de déficience intellectuelle. Différents sujets ne développent pas les mêmes compétences. Alors, selon ses capacités mais aussi ses incapacités, le sujet polyhandicapé déploie un développement psychomoteur qui lui est spécifique. « *Pour au moins toutes ces raisons, les*

*praticiens que nous sommes ont tout intérêt à ne pas simplement entendre le « polyhandicap » comme « plusieurs handicaps » mais bien en tant qu'organisation psychomotrice spécifique. »* (Munoz, 2013, p. 22).

### 2.2.2. Les entraves au développement psychomoteur

Depuis le plus jeune âge, la déficience motrice est présente chez le sujet polyhandicapé. Elle entrave ses expériences sensorimotrices d'emblée. Pour rappel, la psychomotricité c'est la mise en tension entre l'équipement neurophysiologique, le déploiement de la fonction motrice, et enfin l'investissement de cette fonction motrice. Pour se développer sur le plan psychomoteur, il faut passer et valider ces 3 étapes du processus. Dans la clinique du polyhandicap, la lésion de l'équipement neurophysiologique vient d'emblée gêner la première étape du processus. L'ensemble de son développement psychomoteur en est, par la suite, directement impacté. *« Ces manifestations toniques pathologiques peuvent entraîner à leur tour des postures dysharmonieuses qui créeront des tensions chroniques excessives et limiteront vraisemblablement la possibilité du mouvement. Cela viendra aussi toucher l'enfant dans sa subjectivité. »* (Bernard et al., 2018, p. 97). Le sujet polyhandicapé se voit gêné dans son mouvement, dans son exploration environnementale mais aussi corporelle, et dans la création de sa propre unité psychocorporelle. *« Il est donc nécessaire de comprendre comment les aider à construire et intégrer leur axe corporel, véritable point d'appui pour les fonctions instrumentales et élément essentiel dans le processus d'individuation. »* (Bernard et al., 2018, p. 97).

Dans certains cas, malgré toutes ces entraves causées par la déficience motrice, le sujet polyhandicapé peut tout de même réaliser certaines de ses explorations, certaines expériences sensorimotrices. Cependant, c'est la déficience intellectuelle qui peut représenter une nouvelle entrave dans le développement psychomoteur, au niveau notamment de l'intégration de ce que lui procure la réalisation de ces expériences. Par exemple, la construction de l'axe corporel a un *« aspect physique et psychique : l'axe est un pilier de l'organisation du mouvement et son intégration est nécessaire pour la construction de soi en tant que sujet. »* (Bernard et al., 2018, p. 101). Ces expériences offrent des représentations intégrables, notamment au niveau du corps, pouvant faire sens dans la psyché du sujet. L'expérience est répétée, la représentation est intégrée, mais pour le sujet déficient intellectuel, l'expérience doit être rejouée plus souvent, de façon plus simple, car le processus d'intégration ne se fait pas facilement. De plus, si la répétition prend place hors du champ relationnel classiquement teinté d'affect et de plaisir, la répétition est qualifiée de stérile.

En effet, dès sa naissance, le bébé est au cœur des relations dites précoces avec son entourage. Ces relations sont riches en expériences guidant le bébé sur la voie de la différenciation et de la représentation. Suivant les étapes du développement, le processus final d'individuation ne peut se faire que si le bébé a l'illusion de ne faire qu'un avec son parent. C'est le parent qui instaure un lien symbiotique avec son enfant, qu'il reconnaît et qu'il imagine continuellement. Dans la clinique du polyhandicap, le lien entre le bébé et son parent est fragilisé très tôt à cause du handicap. « *Le caractère étrange du handicap casse le fil des identifications nécessaires. [...] Sidérés, ceux-ci ne parviennent plus à assumer leur fonction parentale.* » (Korff-Sausse, 2016, p. 46). Les échanges sont impactés et les conduites d'imitation sont perturbées. Du côté du parent, ce lien symbiotique ne s'instaure pas à bonne échelle. Du côté du bébé handicapé, l'élaboration d'identifications projectives sur son parent, qui ne parvient pas à le reconnaître d'emblée, est compliquée. Ne pouvant pas s'identifier puis se différencier de l'autre, il ne peut pas développer une conscience éclairée de lui-même.

En revanche, parallèlement à cette difficulté d'instaurer un lien symbiotique sain, les parents peuvent instaurer un lien symbiotique dit pathologique. Ils voient en cet enfant une part d'eux-mêmes, mais c'est la partie blessée de leur propre personne. « *L'enfant qui, du fait de son inachèvement et de son incomplétude, sera toujours perçu par ses parents comme un morceau d'eux-mêmes, dont ils ne parviendront jamais réellement à se détacher.* » (Korff-Sausse, 2016, p. 48). Ce lien symbiotique continu dans le temps, et considéré comme pathologique, s'installe. Le sujet polyhandicapé et son parent se retrouvent dans une sorte de relation confusionnelle, où les protagonistes de la relation sont indissociables. La prise en compte du tiers fait défaut, et là encore, les processus de différenciation essentiels au développement de l'enfant comme sujet sont impactés.

*Chez le bébé polyhandicapé, la conséquence de cet équipement neuromoteur défaillant, puis secondairement, du défaut d'exploration sensorimotrice, de la non-mise en place des fonctions motrices trop peu explorées, ou encore trop peu intégrées du fait de la déficience intellectuelle, ou enfin insuffisamment investies, se retrouve en fin de processus dans la qualité de la structuration des représentations du corps.* (Munoz, 2018, p. 168).

Selon la nature et la gravité de ses troubles, selon ses capacités de symbolisation, selon le type de relations précoces vécues dans l'enfance, le sujet polyhandicapé ne peut développer des capacités de représentation similaires à celles d'autrui qui a les capacités. Toutefois, chaque sujet est différent dans son développement, et donc dans la construction de ses représentations. Alors afin de comprendre comment s'est construit le sujet polyhandicapé, afin de savoir à quelle étape

de son développement psychomoteur il se trouve, c'est avec son corps qu'il s'exprime. Souvent atteint de troubles du langage verbal, l'expression corporelle, le langage infraverbal, est le moyen de communication primordial dans la clinique du polyhandicap.

### 2.2.3. Les angoisses et les moyens de lutter contre

En lien avec toutes les entraves précédemment évoquées, le sujet polyhandicapé se retrouve dans une difficulté majeure à se représenter son corps, comme ne faisant qu'un, solide et unifié. Les conséquences de ces représentations trop peu structurées, trop peu stables, font que les angoisses archaïques perdurent. Le corps devient un espace où des vécus très désorganiseurs surgissent. Ces angoisses corporelles sont principalement des angoisses d'effondrement, d'anéantissement, de chute, de liquéfaction, de dissolution, de morcellement, de vidage ou encore d'intrusion.

Le sujet polyhandicapé met alors en place des moyens de lutte contre ces vécus déstructurants causés par ces angoisses persistantes. Parmi les nombreuses possibilités, je développe ici les comportements d'auto-agrippements, appelés par certains auteurs « *agrippements auto-sensuels* ». Le sujet s'accroche à une stimulation afin d'annuler l'angoisse. À travers ce comportement, il sent son corps comme enfin unifié, il peut se sentir exister. Ce qui est choisi comme moyen de lutte contre l'angoisse a du sens pour le sujet. La visée précise est de faire taire le vécu de l'angoisse par un comportement moteur provoquant des sensations rassurantes. Pour le thérapeute, c'est ce comportement précis qui permet de faire une hypothèse sur la nature de l'angoisse elle-même.

*De plus, si ces auto-agrippements tentent de maintenir à l'écart les vécus désorganiseurs, ils obligent le sujet à se tenir tout entier suspendu aux sensations qu'il s'impose car dès que cette autostimulation devient trop silencieuse, l'angoisse rejaillit avec violence. En effet, ces agirs n'ouvrent pas à la représentation mais consistent à fabriquer de la sensation pour ce qu'elle procure, nécessitant donc une répétition sans fin, au risque de s'exposer à un retour massif de l'angoisse. Au final, ces agrippements auto-sensuels mènent à un vécu de démantèlement qui ne fait qu'amplifier les angoisses premières et ne sont donc pas un moyen de lutte économique et efficace. (Munoz, 2018, p. 169).*

Ce comportement d'auto-agrippement enferme le sujet dans son propre vécu, il est coupé de son environnement et des autres qui le composent. Il est enfermé dans une boucle d'expériences sensorielles sans aboutissement. Finalement, ces agirs n'ouvrent ni à l'instrumentation du corps, ni

aux processus de symbolisation, ni à la relation. Ils sont constamment au service de la sensation de soi à soi. Cet auto-agrippement correspond alors à un comportement pathologique.

### 2.3. La place du sujet polyhandicapé

*Les contraintes liées à mon handicap sont réelles mais ne doivent pas résumer mon quotidien. Il y a tout un univers de possible. Il suffit parfois d'oser innover, d'aller à la rencontre des autres et surtout que mes accompagnants soient convaincus que la grande dépendance n'est pas un frein à une vie rythmée de découvertes et de sensations. C'est à travers cette dynamique de mise en situations différentes que je poursuis mes apprentissages jour après jour.* (Jacquard, Arnoux & Le Cornec, 2018, p. 413).

#### 2.3.1. Après des parents

Ce qui est extrêmement difficile avec un bébé polyhandicapé, c'est de repérer le polyhandicap, car celui-ci n'est pas visible tout de suite. Cette période où le handicap n'est pas repéré est souvent bénéfique. Elle permet aux premiers liens de se faire de manière plus spontanée et à la rêverie, l'illusion parentale d'alimenter la relation. L'annonce du handicap peut alors provoquer un véritable bouleversement dans la vie des parents, voire même un choc traumatique. La différence entre le bébé imaginaire et le bébé réel est vécue comme une confrontation impossible, impensable et irreprésentable. L'effet produit est un effondrement narcissique où le parent ne se reconnaît pas. Le bébé, qui est normalement le reflet des parents, ne l'est pas. « *En effet, l'enfant handicapé nous tend un miroir qui met à nu nos propres imperfections et reflète une image dans laquelle nous n'avons pas envie de nous reconnaître.* » (Korff-Sausse, 2011, p. 48). C'est donc dans le regard du parent que l'enfant reflète ce que l'auteure nomme cette « *inquiétante étrangeté* ». Il projette des fantasmes sur son propre enfant en le voyant comme un « *enfant monstrueux* ». Les fonctions parentales de soutien tel que le portage, de réflexivité telle que la fonction miroir, sont difficiles à assurer.

*Il donne, tel un miroir brisé, une image déformée de l'idéal d'enfant que chacun porte en soi, et nous préférons nous détourner plutôt que de risquer de reconnaître dans cette étrangeté quelque chose qui serait familier, une part ignorée ou cachée de nous-mêmes.* (Korff-Sausse, 2011, p. 48).

Sans ces étapes fondamentales, le développement psychomoteur même de l'enfant en est impacté, au niveau de ses processus d'identification, de différenciation et d'individuation.

### 2.3.2. Auprès des professionnels

En tant que professionnel, la rencontre avec le sujet polyhandicapé peut, là-aussi, être teintée de différents vécus, de différentes pensées. Cette rencontre avec cette personne si différente soit-elle peut aussi faire vivre un choc. Son état de grande dépendance vient attaquer les capacités de représentations du professionnel, à propos de ce sujet polyhandicapé qui est lui-aussi un sujet à part entière. De plus, les troubles que présente le sujet polyhandicapé, tels que les troubles du langage ou les troubles du comportement, poussent le professionnel à « penser pour lui », ce qui est un exercice compliqué mais nécessaire pour sa prise en charge au quotidien.

En effet, les professionnels sont de véritables repères, indispensables pour le sujet polyhandicapé, des repères au sein de son environnement mais également au sein même de son propre développement dans cet environnement.

*Il en est de même pour les médecins et les paramédicaux, dont le travail précis ou technique s'insère nécessairement dans un ensemble complexe, qui entoure la personne polyhandicapée, et où chacun, à son niveau, joue ce rôle de passeur, d'aide aux repérages, en apportant une certaine sécurité. (George-Jeanet, 2017, p. 120).*

Les professionnels mettent leurs compétences au profit de chaque sujet, afin que celui-ci ait une place dans un environnement adapté et sécurisé. Cette place est singulière, car aucun handicap ne se ressemble. Pour s'adapter à chacun d'entre eux, il faut inévitablement passer par un travail d'écoute et d'observation, mais aussi d'interprétation, de penser à sa place.

*Ainsi, chacun, avec sa pathologie propre et son vécu émotionnel, habite à sa façon un corps entravé, voire pénible ou douloureux. Il s'agit pour l'accompagnant de ne pas s'arrêter à l'étrangeté, et de participer avec ses propres moyens à remettre une cohérence dans la représentation du corps chez la personne polyhandicapée, dans la continuité de sa vie. (George-Janet, 2017, P. 123).*

Au cours de sa prise en charge pouvant être longue et parfois éprouvante, l'évolution même du sujet polyhandicapé peut être très faible voire absente, ainsi le narcissisme du professionnel en est fragilisé.

*Pour pouvoir répondre aux exigences que l'être-là corporel et psychique des personnes polyhandicapées leur impose sans concession, les professionnels doivent être capables de se décentrer par rapport à leurs propres préoccupations, comme ils doivent être capables d'accepter que leurs attentes narcissiques ne soient pas comblées. (Blondel & Delzescaux, 2018).*

Le temps est un facteur primordial dans la prise en charge de la population polyhandicapée. En effet, « *en MAS, nous avons coutume de dire que nous avons le temps, et il est vrai que le rapport au temps est différent, nous devons occulter toute notion d'efficacité dans un temps imparti.* » (Medici, 2016, p. 103). Du point de vue du professionnel, ce temps peut s'avérer long et sans résultat probant. Il peut s'enfermer dans la routine du quotidien, sans prendre conscience que c'est un sujet qui se tient face à lui. Du point de vue du sujet polyhandicapé, c'est surtout la rythmicité et la répétition qui composent ce temps qui lui sont essentielles.

*Les rythmes de l'activité sont rapides alors que la personne réagit lentement, la répétition nous laisse alors qu'elle est souvent nécessaire pour communiquer avec cette personne et la comprendre. L'aidant ne doit pas oublier que la routine, sécurisante dans une certaine mesure, peut limiter les facultés d'observation, et enfermer dans des pratiques qui ne se modifient pas, alors que la personne peut avoir besoin d'autre chose.* (George-Jeanet, 2017, p. 127).

Autour de toute cette adaptation nécessaire et de ce travail thérapeutique mis en place autour du sujet polyhandicapé, qui peut être long et parfois complexe, il ne faut pas oublier que le quotidien suit son cours et que des aléas médicaux peuvent toujours se produire. « *Une grande difficulté est spécifique aux MAS : rien n'est acquis, un problème organique peut anéantir un travail entrepris de longue date.* » (Medici, 2016, p. 112). L'aspect médical du corps est souvent placé au premier plan dans cette clinique complexe, chargée de pathologies médicales et parfois de divers traitements pharmacologiques. Toutefois, le sujet polyhandicapé n'en est pas moins un sujet, un être qui existe et qui a une place définie. Il n'est pas seulement un corps malade qu'il faut réparer.

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



# ***PARTIE THÉORICO-CLINIQUE***

Dans cette dernière partie, je mets en lien les concepts théoriques présentés précédemment avec des vignettes cliniques tirées des séances de psychomotricité de Maud, afin de tenter de répondre à ma problématique : « Comment la psychomotricité peut-elle soutenir l'existence et la solidité des appuis physiques et psychiques chez le sujet polyhandicapé ? ». Je commence par reprendre les premiers temps de rencontre avec Maud, mes premières observations ainsi que mes premières réflexions, sur son comportement mais aussi le mien. Par la suite, je reprends des extraits des séances de Maud, avant mais aussi après sa chute. La question des appuis est la question qui me guide tout au long de mon écrit. Alors, en m'appuyant moi-même sur des apports théoriques, j'essaie de comprendre comment la relation thérapeutique en psychomotricité peut accompagner Maud sur des expériences exploratoires de ses propres appuis physiques et psychiques.

## **1. La relation avec Maud**

Dès les premiers instants passés avec Maud, je suis marquée par ses comportements ambivalents dans la relation à l'autre. Elle recherche une certaine proximité en se collant et en s'accrochant à l'autre par différents moyens, puis elle s'éloigne et évite tout contact avec l'autre. Je me demande alors ce qu'elle recherche dans cette relation, quelle est la place qu'elle occupe et quel est le rôle de l'autre.

### **1.1. Les comportements de Maud**

Les conduites d'auto-agrippement de Maud, très présentes dans tout son corps mais localisées à différents niveaux, m'interrogent.

Dès le premier instant où je vois Maud, debout au beau milieu de cette grande pièce sur son lieu de vie, elle est seule. Elle semble coupée du reste du groupe, des professionnels et des autres résidents gravitant autour d'elle. Son regard est plongé quelque part dans l'espace de cette pièce. Sa posture penchée, du fait de sa scoliose, renvoie une impression de chute possible à chaque instant. Maud reste immobile, comme si elle pouvait tomber si elle réalisait un seul petit mouvement. Son corps est rigide et ses mains sont accrochées entre elles. À cet instant, je la vois

comme agrippée à son propre corps, comme si ce recrutement tonique très élevé était le seul moyen de rester debout, comme si ce comportement était le seul appui central qu'elle ait pour sentir son corps tenir. Ce terme « *agrippement* » est défini par Bullinger (2006) comme un comportement prenant place lorsque la recherche d'appui n'offre pas de résultat probant, c'est-à-dire que l'expérience n'est pas porteuse de sens et n'est pas ancrée sous forme de représentation chez le sujet. Sans appui stable et solide, physique ou psychique, Maud semble éprouver un vécu corporel perturbé, désorganisé. Ce comportement d'agrippement, par les sensations corporelles de fermeté et de solidité qu'il procure, lui permet alors de se sentir rassembler. Cependant, il l'empêche de se servir de son corps à des fins instrumentales et donc, par extension, de s'ouvrir à son monde environnant. Alors, n'ayant pas intériorisé les différents appuis physiques et psychiques pourtant saisissables lors de ses diverses expériences au sein de son environnement, Maud s'agrippe à son tonus et s'enferme dans cette conduite produite par elle et pour elle. D'après Bullinger, « *la notion d'agrippement est ici le pendant de la notion d'appui. Selon le degré d'équilibre du bébé (l'enfant, l'adulte), il y a recherche d'appui ou agrippement.* » (Livoir-Petersen, 2011, p. 103).

Lors de la première séance dans la salle de psychomotricité, Maud fait une longue apnée dont je ne repère aucun signe indicateur. Elle ne prend pas une grande quantité d'air avant, elle ne fait aucun bruit, elle ne change pas de position, elle ne réalise aucun mouvement d'ouverture au niveau de sa poitrine. Lorsqu'elle relâche tout cet air emprisonné, un seul bruit provient du fond de sa gorge, puis plus rien. Elle reprend sa respiration, ses mouvements respiratoires sont de nouveau réguliers, elle n'est pas essoufflée et elle ne fait aucun bruit particulier. Son regard reste fixe. Dans une situation comme celle-ci, Bullinger (2001) parle de la « *fonction prothétique* » du comportement ou de l'objet. Agrippée à ce dernier, ici l'apnée qui est un comportement de capture d'air dans les poumons et donc un mouvement de rassemblement à hauteur de la poitrine, il permet d'organiser son recrutement tonique et de sentir son corps à ce niveau. « *Ce comportement, qualifié de recherche d'un tonus pneumatique, peut entraîner une projection sternale lorsqu'il se pérennise. Il n'est souvent remarqué qu'au moment du soupir qui marque la limite de cette ressource.* » (Livoir-Petersen, 2011, p. 104). Maud adopte ces comportements d'agrippement, mettant en jeu un recrutement tonique à différents niveaux, car leur effet est riche en sensations corporelles.

Chez Maud, ces comportements d'agrippement peuvent donc être liés à un vécu corporel angoissant, une potentielle crainte intérieure telle qu'une angoisse d'effondrement ou une angoisse de chute. Ils sont très présents et prennent différentes formes. Elle s'auto-agrippe, par le toucher ou par le regard. Cependant, Maud n'est pas continuellement dans ces conduites d'auto-

agrippement. Lorsqu'elle relâche son tonus, lorsqu'elle se détache de cet auto-agrippement, elle peut être plus présente dans la relation. Si les conduites d'agrippement lui permettent de se tenir dans son propre corps, peut-être cherche-t-elle, au sein de cette relation, de nouveaux appuis pour se sentir exister ?

## 1.2. Les modalités de la rencontre

Les différents comportements que Maud adopte sont déstabilisants pour moi. Je m'interroge donc sur leur rôle, mais aussi sur leur impact dans la relation. De nombreuses fois, Maud n'est pas disponible à l'autre. Elle peut occuper une place centrale dans une pièce mais sans établir un quelconque contact avec autrui, au point où sa présence peut passer inaperçue. Elle semble enfermée dans cette carapace tonique et centrée sur ces conduites répétitives qui lui offrent, à elle seule, ce vécu sensoriel sûrement plaisant et rassurant. Dès le premier instant où je la vois, je me demande comment il est possible d'être en lien avec elle, de rentrer en relation avec elle. En réalité, c'est une question qui revient souvent lors de nos séances. Je parle ici de notre première rencontre, mais ce sont souvent les mêmes modalités qui entrent en jeu pour avoir un contact avec Maud, comme s'il fallait se rencontrer plusieurs fois pour être vraiment en lien.

### 1.2.1. Le regard

Lorsque je vois Maud pour la première fois, je n'ai pas l'impression de vraiment la rencontrer. Je n'ai pas d'échange avec elle. Enfermée dans ses conduites d'auto-agrippement, elle ne me regarde pas. J'essaie de capter son regard, d'attirer son attention pour rentrer en contact avec elle, mais rien ne fonctionne. Elle ne saisit pas mon comportement comme une demande à laquelle elle peut répondre. Elle porte son regard dans le vide de la pièce. Au bout d'un certain temps, Maud me prend la main et me regarde droit dans les yeux. D'après Ajuriaguerra, le regard que le bébé porte à sa mère dans les premiers instants de sa vie est un mécanisme d'attachement. Face à ce regard qui se plonge dans ses yeux, la mère se sent mère, et elle adopte des conduites adaptées pour son enfant. Ces réponses maternelles sont semblables à « *des phénomènes de préhension forcée, prenant [...] la valeur de véritable rencontre quand il y a possibilité de regarder ou de ne pas regarder, c'est-à-dire de prendre et de se laisser prendre par le regard d'autrui.* » (Ajuriaguerra, 2017, p. 239). Dans ces termes, l'auteur indique que le regard est un véritable moyen de rencontrer l'autre et que, suite à cette rencontre, chacun acquiert une place et un rôle. Assise aux côtés de Maud dans ce canapé lors de la première séance, je me porte disponible pour un

échange avec elle, mais c'est seulement au moment où elle me regarde que cet échange peut se faire, que je perçois réellement quelle est ma place à ses côtés. Ajuriaguerra rajoute que « *la fonction du regard nous paraît un des éléments fondamentaux d'un mécanisme précoce qui devient un moyen de communication pré-verbal, dans lequel l'innéité d'une fonction peut être activée ou réduite par l'action de l'interlocuteur.* » (2017, p. 239). En effet, ce regard que Maud me porte influence mon ressenti, mais aussi mon comportement à son égard. Je la vois enfin comme Maud la patiente auprès de qui je peux exister en tant que professionnelle. Par ce regard, par cette relation qui se crée, nous existons l'une et l'autre, nous avons chacune une place, ce qui laisse place à la créativité et au désir, c'est-à-dire à la pulsion de vie. Je peux commencer à réfléchir à la mise en place d'un outil thérapeutique dans le cadre de mon travail à ses côtés. Et elle, que ressent-elle à travers le regard que je lui porte ?

### 1.2.2. Le toucher

Ce premier regard que Maud porte dans ma direction fait donc suite à un premier contact corporel qu'elle m'adresse d'elle-même. Lorsque je suis assise à côté d'elle, lors de cette première séance dans la salle, elle saisit ma main et la porte à son visage. À cet instant, j'interprète son geste comme une demande pour recevoir une caresse, ce qui me fait sourire. Alors, je passe ma main sur sa joue, je laisse glisser le bout de mes doigts sur sa peau, elle ferme les yeux puis elle sourit. Ce premier contact corporel nous permet de nous rencontrer sous un autre aspect sensoriel que le regard. Maud prend ma main et je sens la fraîcheur de ses doigts, elle la porte à son visage et je sens le grain de sa peau, et qu'en est-il pour elle ? Elle ressent sûrement la température de mes doigts, leur texture ou encore l'intensité de la pression que j'exerce sur son visage. Lorsqu'elle prend ma main, lorsque je lui fais ces caresses sur le visage, la vitesse et l'amplitude de tous les gestes sont ajustées. Ils prennent place au sein d'un espace que nous partageons toutes les deux, ils mettent en jeu l'aspect tactile de nos corps, notre peau directement. Le philosophe Sartre, cité par Ajuriaguerra (2019), affirme que « *la caresse n'est pas un simple effleurement, elle est un façonnement. En caressant autrui, je fais naître sa chair, par les caresses, sous mes doigts ; la caresse est l'ensemble des cérémonies qui incarnent autrui.* » (p. 331-332). À l'instant de cette rencontre, Maud me voit comme un sujet à qui elle peut adresser une demande à travers ce geste et ce regard. De mon côté, c'est à travers ma réponse reprenant les mêmes modalités sensorielles, aussi teintée d'affects et de représentations, que je l'identifie moi aussi comme un sujet dans cette relation naissante.

*Par rapport à la peau comme première relation, la notion de toucher n'est pas suffisante ; c'est l'ensemble complexe peau à peau et contact corporel à travers les vêtements, proprioceptivité, échange de postures, communication gestuelle et verbale, qui a un sens.* (Ajuriaguerra, 2019, p. 340).

### 1.2.3. Le dialogue tonico-émotionnel

À force de répéter ces mêmes échanges, à force de se rencontrer si je puis dire, un lien relationnel se crée. Ces différentes modalités de rencontre représentent progressivement une ébauche de communication, qui peut prendre sens dans cette relation naissante où l'une se porte disponible à l'autre. De son côté, Maud m'adresse des demandes plus claires, et de mon côté, je porte plus d'attention à ses regards, à ses gestes et à ses vocalises qui émergent au cours de nos différentes rencontres. Ou est-ce parce que je commence à repérer et à reconnaître les comportements de Maud qu'une simple expression de sa part correspond à une demande plus précise à mes yeux ? À chaque manifestation tonique de Maud, je vois une signification, ou plutôt j'interprète cette manifestation comme porteuse de sens. Ce sens, je lui renvoie par la suite à travers ma réponse, et ce sous forme d'un mot ou d'un comportement ajusté. C'est le principe du dialogue tonico-émotionnel. Il permet d'apporter une réponse adaptée à la demande de l'autre. Aussi, cet ajustement permet au sujet qui s'exprime corporellement de faire du lien entre ses manifestations toniques et leur signification. Le sujet peut alors intégrer ses états toniques comme porteurs de sens grâce à la réponse de l'environnement. *« C'est parce qu'il se modifie simultanément et parallèlement au comportement de l'enfant que le comportement de l'adulte devient appui sensoriel (et souvent postural) pour le bébé. »* (Livoir-Petersen, 2011, p. 122-123). Ce dialogue tonico-émotionnel participe donc au phénomène de subjectivation, qui est possible seulement si la réponse est ajustée et que le sujet est en capacité de l'intégrer. Les quelques comportements que Maud manifeste, comme ses sourires ou encore ses vocalises, me laissent penser qu'elle est en capacité d'intégrer leur sens et leur impact dans la relation. Lorsqu'elle est inquiète, son visage comprend des signes expressifs. Ses sourcils se froncent et son regard change. À ce moment, je le perçois et je change également de comportement, le volume de ma voix s'abaisse. Je regarde dans la même direction qu'elle et essaie de la rassurer. Chaque comportement a un sens, que je peux moi-même identifier et lui renvoyer au sein de nos différents échanges. Lors de notre rencontre, elle saisit ma main, la porte à son visage et elle sourit. Je souris aussi et m'adresse à elle avec une voix plus douce. Le sourire est une des manifestations les plus régulières chez Maud, ce qui donne un sens appréciable à la relation.

*En fait, la valeur du sourire se définit par son fonctionnement égocentrique ou allocentrique (sourire-réaction ou sourire-relation, sourire-subit, sourire-agi ou enfin sourire-dialogue), évoluant ainsi du schéma inscrit au modèle construit. Sans développer ici les importants travaux de R. A. Spitz, qui sont connus de tous, nous croyons que le sourire est le deuxième organisateur de la socialisation, le premier étant le regard. (Ajuriaguerra, 2017, p. 240).*

## **2. La prise en charge en psychomotricité**

En dehors de ses conduites d'agrippement, les différents comportements de Maud lors des séances de psychomotricité semblent indiquer une recherche constante d'appuis. Alors comment peut-elle se saisir de ces appuis présents dans son environnement afin de percevoir ses propres appuis internes pour se sentir vivre ? Même si elle ne peut pas intérioriser ces appuis externes, ils peuvent faire sens le temps d'un instant. C'est l'objectif de cette prise en charge en psychomotricité. Cette question du rôle du psychomotricien dans le soutien de l'existence et de la solidité de ses propres appuis physiques et psychiques se révèle être mon guide au cours de chaque séance.

### **2.1. Le partage d'appuis dans la relation**

Dans le développement du bébé, la relation à l'autre est source de nombreuses expériences qui peuvent lui permettre d'explorer ses propres appuis, internes et externes, afin de se sentir exister. En partant de ce principe, la relation dans la thérapie psychomotrice peut, elle-aussi, être source de nombreuses expériences remettant en jeu ces appuis. Le but n'est pas de faire évoluer le patient adulte à un stade plus élevé, mais de l'accompagner dans ses explorations afin de potentiellement retrouver une certaine organisation physique et psychique propres à son niveau de développement.

Au cours des différentes séances de psychomotricité, je vois que les échanges avec Maud sont axés sur des modalités très sensorielles. Lors de la danse que nous partageons, nos deux corps sont collés l'un à l'autre. Nous sommes proches corporellement. Progressivement, j'observe qu'elle détache ses mains de son auto-agrippement et je sens qu'elle laisse peser le poids de son corps contre le mien. J'essaie d'être solide et de tenir dans mon corps pour être un bon appui pour le sien, et en même temps d'être fluide pour ne pas bloquer la dynamique de la danse qui se crée. C'est un équilibre à instaurer entre la solidité des appuis osseux et la fluidité du mouvement. Chez Maud, les conduites d'agrippement sont des moyens de lutter contre son angoisse corporelle. Son

recrutement tonique est globalement trop élevé, ce qui freine l'amplitude et la fluidité de ses mouvements. Et pourtant dans cette situation, Maud relâche son auto-agrippement et se met en mouvement. Alors, malgré ce relâchement musculaire, elle semble elle aussi trouver un bon équilibre entre une solidité dans l'appui osseux et une certaine fluidité dans le mouvement.

*Il s'agit en quelque sorte de redistribuer les forces et de confier les appuis à un système fiable dont c'est la fonction physiologique, plutôt qu'au système musculaire dont la fonction de mobilité et de modulation tonico-émotionnelle est de ce fait entravée. (Lesage, 2012, p. 133)*

Un autre équilibre se retrouve aussi entre les mouvements d'éloignement et de rapprochement qui suivent, et qui me font penser à un enfant apprenant à marcher et s'éloignant progressivement de son parent qui est son support d'appui principal dans ce processus dynamique. Dans cette danse à deux, je me sens comme un appui sur lequel Maud peut se reposer, avant d'en être éloignée, et de s'en rapprochée de nouveau.

Plus tard, lorsque nous nous retrouvons face au miroir de la salle, je me porte de nouveau comme un support d'appuis pour Maud. Je me situe derrière elle et je la soutiens par un contact corporel au niveau de son dos. Aussi, mon reflet se situe face à elle dans ce grand miroir et je la soutiens à travers le regard que je lui porte. À cet instant, Maud n'est pas dans des conduites d'agrippement. Je suppose alors qu'elle recherche des appuis externes et internes, dans son environnement mais aussi dans son corps, afin qu'elle puisse se sentir tenir elle-même. En étant derrière elle, je ressens le poids de son corps se poser sur mon bras. Au niveau du toucher, j'essaie de lui proposer le plus de surface de contact possible avec mon bras, et plus particulièrement le long de sa colonne vertébrale. Ce contact me rappelle le principe du « *contact-dos* », concept proposé par Haag en 1988. L'auteure le décrit comme un contact permettant de raviver des sensations similaires à celles vécues lors du portage dans le ventre de la mère, sensations constituant un sentiment de sécurité pour le bébé. En effet, au sein de cet environnement enveloppant, le bébé a la garantie de ne pas chuter et d'être protégé de toute agression. D'après Szanto, citée par Haag (1988), « *c'est la recherche du contact maximal de la surface dorsale pour éviter la probable impression de chute [...].* » (p. 3). L'auteure fait ici référence à la réaction du bébé dans le premier temps du réflexe de Moro. Pour Maud, cette posture debout face à ce miroir me rappelle sa posture debout au cœur de la pièce de son groupe de vie, avec cette impression de chute probable à chaque instant. En revanche, cette fois elle ne se tient pas elle-même, elle ne s'auto-agrippe pas. J'imagine donc qu'un autre support lui est nécessaire, et ce support c'est moi. Derrière elle, j'essaie d'assurer un soutien solide afin qu'elle puisse ressentir ce contact comme

rassurant et sécurisant. Le fait qu'elle s'appuie sur mon bras, que je sente un relâchement de sa part, me conforte dans l'idée que cet appui proposé peut lui convenir.

En plus d'apporter ce toucher à Maud, je sens qu'elle m'appelle par une autre modalité sensorielle qui est le regard. Je vois ses yeux se tourner vers les miens. Elle ne regarde pas son propre reflet mais le mien, et plus précisément mes yeux. Je me sens alors pénétrée par ce regard qui semble, lui-aussi, rechercher un appui. J'essaie alors d'adopter une conduite spécifique, et plus particulièrement un regard spécifique. J'essaie donc de la soutenir avec mes propres appuis, mais également de lui renvoyer l'existence et la solidité des siens, en adoptant ce « rôle de miroir » (Winnicott, 2018b, p. 203).

*Ce coup d'œil sur le bébé et sur l'enfant qui voient leur soi d'abord dans le visage de la mère, puis dans le miroir, indique une voie permettant d'envisager sous un certain angle l'analyse et la tâche thérapeutique.* (Winnicott, 2018b, p. 213).

Cette tâche thérapeutique en question est envisagée sous la forme non pas verbale mais plutôt corporelle en psychomotricité. En effet, Maud semble à la recherche d'appuis externes dans cet environnement, mais aussi d'appuis internes dans son propre corps. En plus de la soutenir, le contact tactile le long de sa colonne vertébrale peut lui faire ressentir son axe vertébral comme la charpente osseuse solide du corps, c'est-à-dire comme un appui stable et solide. D'après Alexander, citée dans le livre de Lesage (2012), avoir une conscience osseuse importante c'est une question de « *sécurité intérieure* ». L'auteur poursuit en citant Struyf et en avançant le fait que « *dans un travail de structuration psychocorporelle, il est essentiel de donner à éprouver et expérimenter – c'est-à-dire d'intégrer – la charpente osseuse.* » (p. 130). La conscience de cette charpente osseuse stable et solide est essentielle dans la construction des appuis internes du sujet. Si cette charpente osseuse n'évoque pas ce vécu de stabilité et de solidité, le sujet peut s'enfermer dans une carapace tonique ou la tension musculaire vient remplacer l'os et ses caractéristiques.

Aussi, face au regard que Maud me porte à travers le miroir, je me sens comme un reflet pour elle, qui lui partage mes propres appuis mais qui essaie aussi de lui renvoyer ce qu'elle recherche dans son propre corps. Je me place comme une source d'appuis externes mais aussi un reflet de ses propres appuis internes. Comme le dit Winnicott (2018b), « *si je fais suffisamment bien cette tâche, le patient trouvera son propre soi, sera capable d'exister et de se sentir réel. Se sentir réel, c'est plus qu'exister, c'est trouver un moyen d'exister soi-même.* » Plus loin, l'auteur ajoute « *je ne voudrais pas donner l'impression que cette tâche consistant à réfléchir en miroir ce que le patient apporte est aisée.* » (p. 213). En réalité, pour ma part, cette expérience est très énergivore, si bien que je ne peux prononcer le moindre mot, ou faire le moindre geste à cet instant.

Pendant ces temps de séances riches en expériences et en explorations pour Maud, je n'ai pas remarqué de conduites d'agrippement de sa part. Les appuis partagés au sein de la relation thérapeutique semblent être une réponse adaptée à ses conduites de recherche d'appuis. À travers les différentes expériences sensorielles proposées, la psychomotricité accompagne Maud sur l'existence et la solidité de ses propres appuis, physiques et psychiques. C'est grâce au corps et à la disponibilité du thérapeute que Maud peut explorer un soi psychomoteur unifié.

*Nous chercherons à inviter le sujet polyhandicapé à lâcher ses agrippements auto-sensuels pour venir se tenir à d'autres sensations, en nous assurant que ces nouvelles sollicitations restent bien dans le même registre sensoriel afin de maintenir l'angoisse à distance et d'aller offrir un faisceau d'expériences qui viendraient nourrir les représentations du corps que le sujet n'est pas parvenu à construire, structurer et organiser. (Munoz, 2013, p. 31-32).*

Parfois, un travail de longue haleine peut n'aboutir à aucun changement dans le comportement ou dans le vécu à long terme du patient, ce qui ne signifie pas qu'il est inutile. Les séances se ressemblent et se répètent. La thérapie psychomotrice permet au sujet de réaliser des expériences, qu'elles soient corporelles ou relationnelles. Progressivement, ces expériences peuvent, ou non, guider le sujet sur une construction de soi plus développée, ce qui dépend de ses propres capacités physiques et psychiques. De toutes les manières qu'il soit, il est impossible de pousser le sujet à dépasser ses propres capacités, ses propres limites. Dans un premier temps, la thérapie psychomotrice offre un espace où de nombreuses expériences peuvent être vécues, puis dans un second temps, selon l'accompagnement du thérapeute mais aussi les propres capacités du sujet, ces expériences peuvent faire sens et s'ancrer sous la forme de représentations psychiques plus élaborées. Au cœur même de chaque séance en psychomotricité, ce qui compte est le temps partagé avec le patient, la diversité des expériences et donc l'ouverture qui peut en résulter.

## 2.2. Les conséquences de la chute

Une chute et tout bascule. Dans le dictionnaire Larousse, le mot « chute » est défini comme « l'action de tomber, de perdre l'équilibre, d'être entraîné vers le sol » mais une autre définition comporte également les notions de « se détacher de son support naturel » ou encore de « l'effondrement d'une institution ». Ces définitions mettent en avant les aspects de perte que provoque une chute. À défaut de trouver suffisamment d'appuis, Maud est régulièrement dans des conduites d'agrippement pour ne pas s'effondrer, pour se tenir, pour sentir son corps qui tient, mais un jour elle s'effondre réellement. Son corps est au sol et elle ne peut pas se relever seule.

Prendre de nouveau des appuis sur son corps, pour se relever et pour tenir debout, lui est impossible.

Comme l'avance Ponton, « nous pouvons reconnaître 5 déterminants dans la construction du sentiment de sécurité lors de notre redressement : le flux de la respiration, le rassemblement dans l'enroulement et le dépliement par l'ouverture, le retournement par l'assise du bassin, le repoussé par les appuis dans le sol et l'appui visuel. » (2015, p. 1). Alors, dans la situation que traverse Maud, comment est-il possible de sentir ce sentiment de sécurité alors qu'il est impossible pour elle de prendre de nouveau un quelconque appui au sol pour se redresser ? « *En offrant stabilité et résistance, le sol devient un nouvel élément organisateur de notre motricité.* » (Ponton, 2015, p. 3). Lorsqu'elle est au sol, celui-ci est toujours stable et résistant, mais l'impossibilité de prendre appui sur lui bloque son rôle d'organisateur de la motricité. Maud est statique. Elle se retrouve confronté à la perte de certaines de ses capacités motrices, et par extension, à la perte du sentiment de sécurité procuré par la verticalité. Alors quelles sont les autres ressources pouvant offrir à Maud un sentiment d'appuis solides et fiables ?

Un mouvement de portage se répand bien au-delà de la prise en charge en psychomotricité. Maud, parfois oubliée dans la journée, parfois invisible aux yeux des autres, devient le sujet de nombreuses conversations au sein de la MAS. Tout le monde est préoccupé par le retard de diagnostic médical, par son état de santé, par l'évolution de sa blessure, et surtout par le risque de perte de la marche. Une question centrale surgit au sein de chaque échange : Maud va-t-elle pouvoir remarcher ?

### 2.3. La récupération des appuis

Après cette chute, malgré le soutien et l'accompagnement des nombreux professionnels de la structure, Maud semble être dans un profond mal-être. La psychomotricienne et moi-même observons des mouvements de repli sur soi. Elle mange peu, elle sourit peu, elle vocalise peu. Tous ces signes sont inquiétants. Alors, malgré les contraintes que la situation impose, je me demande comment il est possible d'accompagner Maud dans de nouvelles expériences où les aspects de solidité et de stabilité des appuis peuvent occuper une place dans son vécu corporel en séance, afin qu'elle puisse vivre un sentiment de sécurité interne et d'unité malgré la douleur et les pertes.

Lors de la première séance en chambre, je suis tout de suite surprise par la posture de Maud dans ce fauteuil si imposant au cœur de la pièce. Son corps est totalement rigide, ses mains sont en auto-agrippement, ses jambes sont tendues et maintenues. Pourtant, dans un tel fauteuil qualifié

de « confort », tout porte à croire que la position peut être semblable à celle d'un bébé contenu dans son berceau. Ces gros coussins, ces cale-pieds, ces repose-coudes, toutes ces structures réglées et ajustées laissent penser que le corps peut être bien porté, que Maud peut être installée confortablement et donc ouverte à son environnement. Pourtant, un paradoxe s'installe. Maud ne semble pas à l'aise. Elle tient sa tête en avant du repose-tête, elle semble lutter contre cette position qui lui est imposée. Physiquement, elle est portée par cet appareillage, mais psychiquement elle n'est pas disponible pour entrer en relation avec l'autre. Alors comment est-il possible de créer du lien avec elle ? Lors de la première séance, la psychomotricienne commence par un toucher-pression au niveau de la nuque de Maud. Pour Haag (1988), le contact corporel à cet endroit est à mettre en lien avec le contact-dos dans la constitution du sentiment de sécurité. À cet instant, Maud ferme les yeux. Elle repose sa tête sur l'appui-tête du fauteuil. La psychomotricienne accompagne chacun de ses gestes par la parole. Le son de sa voix est faible mais audible, les mots sont porteurs, le rythme est régulier. Maud est plongée dans un bain sensoriel apaisant et sécurisant, elle est bercée par toutes ces modalités qu'elle connaît déjà. Progressivement, elle relâche son auto-agrippement et son recrutement tonique très élevé. Lorsqu'elle ouvre les yeux, je suis assise en face d'elle, attentive à tous ces faits et gestes, prête à participer moi aussi à ce portage. Maud me fixe dans les yeux. Je retrouve la même situation que face au miroir, mais cette fois-ci c'est un contact direct, sans aucune surface réfléchissante entre nous. C'est moi qui, directement face à elle, peut lui renvoyer une surface d'appuis sur laquelle se reposer. Le regroupement de ces différentes modalités apportées à Maud me rappelle le concept de « *holding* » de Winnicott, où l'environnement, c'est-à-dire la psychomotricienne et moi-même, peut offrir à Maud un vécu de portage pouvant la sécuriser. Par notre accompagnement et notre soutien, physique et psychique, Maud peut repérer des éléments sur lesquels elle peut s'appuyer pour ensuite s'ouvrir aux échanges et investir l'effet de ces expériences proposées.

Chez Maud, le sentiment de sécurité est déjà fragilisé par son supposé vécu corporel angoissant mais aussi par les conséquences de cette chute. En parallèle de cette nouvelle ouverture à la relation, l'objectif de la prise en charge en psychomotricité est donc de lui faire revivre des sensations pouvant faire éprouver ce sentiment de sécurité, ou du moins en partie, afin qu'elle puisse se remettre en mouvement. Ces touchers-pressions appliqués sur tout le corps de Maud, et notamment au niveau de ses pieds, stimulent sa sensibilité superficielle et sa sensibilité profonde. Cette dernière est également sollicitée lors des mobilisations passives. Par ce regroupement de sensations tactiles et kinesthésiques, conduisant à l'exploration d'un corps unifié et solide, un sentiment de sécurité peut émerger. Le principe est de répéter ces expériences sensorielles et de raviver leur effet, déjà vécu dans le passé, afin de ne pas laisser la régression et l'appréhension

prendre le dessus, et donc ne pas laisser Maud désinvestir son propre corps. Les séances de psychomotricité n'ont pas pour but de raviver la fonction motrice qui est en réalité toujours présente, mais plutôt de raviver l'investissement de cette fonction motrice de la part de Maud. D'après Ajuriaguerra (1978), « *il est évident que ce n'est pas le système anatomique qui est investi, mais les réalisations qui ont lieu à travers ce système... L'organisation des systèmes fonctionnels ne pouvant se faire qu'à partir des investissements [...].* » (Joly, 2011, p. 229). C'est donc la dernière étape du processus du développement psychomoteur qui est réitérée lors de ces expériences en psychomotricité, afin de conserver la fonction motrice elle-même.

Tout ce travail est effectué dans différents buts. Les expériences sensorielles proposées permettent de mettre en avant ce qui tient dans le corps, c'est-à-dire cette charpente osseuse toujours solide malgré la mise en mouvement, mais aussi cette part de plaisir à habiter son propre corps. Dès l'instant où nous repérons les premiers signes de repli sur soi chez Maud, l'objectif de la prise en charge en psychomotricité comprend une part émotionnelle encore plus prononcée. Ce n'est pas seulement une rééducation fonctionnelle d'un corps qui est blessé. Après avoir créé une relation de confiance, la thérapie psychomotrice a pour but d'accompagner Maud dans une redécouverte de ses propres appuis, mais aussi dans une redécouverte d'un potentiel plaisir dans la mise en mouvement du corps, dans l'appropriation de ce corps, et ce malgré la douleur et l'immobilisation. « *Le thérapeute et la situation thérapeutique, son processus transformationnel pouvant être ici entendus non pas comme réparation ou redressement comportemental, mais bien plus comme nouvel objet, nouvelle occasion et nouveau lieu de développement.* » (Joly, 2011, p. 233). Au fil de ces expériences de touchers-pressions et de mobilisations, nous invitons Maud à ressentir ce qui tient dans son corps, à le mettre en mouvement mais aussi à trouver du plaisir, dans la relation que nous avons et dans la mise en mouvement active de ses propres membres. Sans oublier que la composante de la douleur est, évidemment, à prendre en compte à chaque instant.

C'est à partir de la confrontation entre les vignettes cliniques et les apports théoriques que je tente de comprendre le vécu corporel de Maud et de connaître ses particularités sensorielles. Ces dernières sont essentielles pour adapter les modalités relationnelles, ainsi que le travail produit à chaque instant de sa prise en charge en psychomotricité. Le temps a été un facteur primordial dans cette élaboration. Entre regard, toucher, distance, communication, tout demande un ajustement. Cependant, le travail sur les appuis a été rapidement pensé. Que ce soit assise, debout ou lors de la marche, Maud semble dans une recherche constante d'appuis, qu'ils soient internes ou externes. Ses comportements d'agrippement sont présents de façon prononcée et fréquente

dans le temps, mais ils la coupent de son environnement et de ses possibles interactions avec autrui. La prise en charge en psychomotricité de Maud consiste donc à lui proposer diverses explorations sensorielles, et parfois motrices, au sein d'une relation thérapeutique porteuse. À l'aide de nos temps d'échange et de partage, Maud peut éprouver l'existence et la solidité de ses propres appuis, physiques et psychiques. Pour Maud, ces explorations se font avec des touchers-pressions et des mobilisations des membres. En réalité, un travail sur les appuis peut prendre différentes formes. Selon la réflexion apportée à la situation, d'autres médiations peuvent être employées.



## **CONCLUSION**

Ce long travail d'écriture, de lecture et de réflexion m'a permis de mettre du sens sur ce qui est vécu en séances, du côté de Maud mais aussi du mien. C'est à travers notre rencontre et la relation qui s'est instaurée entre nous que j'ai conduit mes premières interrogations sur ce qui est partagé dans cette relation. Comment savoir ce qui m'appartient, ce qui lui appartient et ce qui peut être véritablement partagé ? En réalité, ces questions réapparaissent au sein de chaque nouvelle relation. Avec Maud, le temps et les différents échanges que nous avons eu pendant sa prise en charge m'ont permis de définir, progressivement, la place et le rôle de chacune au sein de la relation thérapeutique. J'imagine que, depuis sa naissance, les troubles de Maud entravent son développement, et ce à différents niveaux. Depuis le plus jeune âge, elle est freinée dans ses expériences, dans ses explorations du corps et du monde environnant. Le niveau de développement moteur est visible, mais il est toujours compliqué de connaître le niveau de développement psychique. Comment se sent-elle vivre, comment se perçoit-elle, comment perçoit-elle l'autre ? C'est à travers ses comportements du quotidien que des hypothèses peuvent être émises. Son manque d'ajustement dans la distance relationnelle laisse alors penser qu'elle rencontre des difficultés dans la distinction entre soi et l'autre, ses conduites d'agrippement peuvent illustrer un vécu corporel désorganisé et angoissant. Alors, la prise en charge psychomotrice a pour but de faire éprouver des sensations corporelles concrètes et rassurantes à Maud. Ces sensations peuvent éveiller un sentiment de sécurité interne suffisant pour qu'elle puisse se détacher de ses propres conduites autocentrées mais aussi de l'autre. Le psychomotricien joue alors le rôle de guide dans la découverte d'un certain équilibre entre ses propres appuis. Ainsi, à travers différentes expériences sensorielles et motrices, il est possible que le travail réalisé en psychomotricité permette de soutenir l'existence et la solidité des appuis physiques et psychiques chez Maud.

De manière plus générale, je tiens à rajouter que le travail réalisé en psychomotricité ne se résume pas à l'application stricte d'un outil prédéfini à un patient. En tant que discipline paramédicale située au carrefour du corps, de l'esprit et de l'émotion, la psychomotricité se révèle être un véritable travail d'adaptation. Chaque pôle de ce carrefour est susceptible de changer, à court ou à long terme, de façon plus ou moins intense, et la prise en charge continue. Se retrouve alors l'importance d'établir une relation, d'être investi dans cette relation et de conserver le travail d'observation et d'écoute, envers l'autre mais aussi envers soi-même. C'est ce qui permet de maintenir la régularité, le fil conducteur de la prise en charge. De plus, le corps étant l'outil de travail principal du psychomotricien, il est primordial de prendre en compte son propre état, physique et

psychique, avant d'entrer en relation avec l'autre. Cette dernière peut en être considérablement influencée, tout comme le travail fourni à chaque instant de la séance. C'est ainsi que je l'ai vécu et compris au cours de chacune de mes séances, à deux, à trois, en groupe, et ce sur chacun de mes lieux de stage de cette dernière année de formation.

Dès le début de mon stage, j'ai pris conscience que le temps est un critère primordial dans la rencontre du public adulte polyhandicapé et dans l'élaboration d'un accompagnement adapté à chacun. Chaque résident, au profil si atypique qu'il soit, est un sujet à part entière dont chaque particularité, chaque préférence, chaque trait de personnalité est à considérer. Ce stage m'a permis d'affiner mon sens de l'observation et de l'écoute à l'autre, au sein de chaque rencontre voire même des différentes rencontres, si nombreuses mais si nécessaires soient-elles pour établir la relation thérapeutique avec le résident. Sur un lieu de vie comme la MAS, il est également important de prendre en compte la place et les différents rôles de chaque professionnel. J'ai donc appris ce qu'est le travail pluridisciplinaire, et notamment la mise en place d'un bon système de communication avec les autres professionnels à propos des résidents que je vois lors de mes séances mais aussi à propos d'autres sujets pouvant être abordés. Néanmoins, je pense qu'un travail plus poussé d'élaboration en équipe peut parfois manquer. Se questionner ensemble, réfléchir ensemble et appliquer ensemble des solutions peuvent être des conduites très intéressantes à tenir, dont l'objectif principal est le bien-être de chaque résident.



# BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. (2017). Ontogénèse de la motricité. In *Corps, tonus et psychomotricité* (p. 217-244).
- Ajuriaguerra, J. (2019). La peau comme première relation : Du toucher aux caresses. In *Entre inné et acquis. Le bébé et le développement précoce*. (p. 323-341).
- 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>
- Bernard, M., Collet, M., Dominguez, E., & Fernandez Herce, M. (2018). Axe corporel et polyhandicap : L'intérêt des regards croisés. *Motricité Cérébrale*, 39(3), 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2018.06.003>
- Blondel, F., & Delzescaux, S. (2018). 5. La prise en compte des personnes polyhandicapées : Un processus complexe et multidimensionnel. In *Aux confins de la grande dépendance* (p. 153-184).
- George-Jeanet, L. (2018). Chapitre 3. Que savons-nous de l'appréhension du monde par la personne polyhandicapée ? In P. Camberlein & G. Ponsot, *La personne polyhandicapée : La connaître, l'accompagner, la soigner* (p. 119-129).
- Groupe Polyhandicap France. (s. d.). Consulté mai 2021, à l'adresse <https://gpf.asso.fr/>
- Haag, G. (1988). Le dos, le regard et la peau. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 36(1), 1-8.
- Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), 115-130. <https://doi.org/10.3917/jpe.011.0115>
- Jacquard, C., Arnoux, M., & Le Cornec, B. (2018). Chapitre 21. Récits de vie d'un adulte polyhandicapé accueilli en maison d'accueil spécialisée. In P. Camberlein & G. Ponsot, *La personne polyhandicapée : La connaître, l'accompagner, la soigner* (p. 407-413).
- Joly, F. (2011). Le développement psychomoteur : Un paradigme pour la psychopathologie du XXI<sup>e</sup> siècle. *Contraste*, 34-35(1), 213-235.

- Korff-Sausse, S. (2011). L'enfant monstrueux : Un fantasme d'adulte ? *Enfances & Psy*, 51(2), 48-58.  
<https://doi.org/10.3917/ep.051.0048>
- Korff-Sausse, S. (2016). 3. « Ça n'arrive qu'aux autres » Les parents médusés. In *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste* (p. 33-54).
- Larousse. (s. d.). *Définitions—Dictionnaire de français Larousse*. Consulté mai 2021, à l'adresse  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Lefèvre, A. (2012). Chapitre 3. La mère suffisamment bonne. In *100% Winnicott* (p. 29-48). Eyrolles.
- Lesage, B. (2014). Mémoires d'appui. *Repères, cahier de danse*, 33(1), 3-5.
- Lesage, B. (2012). Poids : Dialectique du support et de l'appui. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (p. 127-145).
- Livoir-Petersen, M.-F. (2011). De l'organisme au corps dans l'approche sensori-tonique du développement. *Contraste*, 1(34-35), 93-132.
- Major, P. (2012). *J'affine mes sens, le développement sensoriel*.  
<https://naitreetgrandir.com/fr/dossier/miracle-premiere-annee/j-affine-mes-sens/>
- Medici, G. (2016). 3. Être psychomotricien en MAS. In F. Vergne & P. Chavaroche, *La vie en MAS : quel accompagnement ?* (p. 99-116). Éditions érès.
- Munoz, G. (2013). Le polyhandicap : Une problématique psychomotrice existentielle. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 176, 20-33.
- Munoz, G. (2018). Chapitre 6. Le polyhandicap, agglomérat de déficiences ou organisation spécifique ? In F. Joly & M. Rodriguez, *Corps et psychopathologie* (p. 163-178).
- Ponton, G. (2015). *Construction du sentiment de sécurité par la verticalité*.
- Robert-Ouvray, S. B. (2020). *Psychomotricité du bébé : La construction des liens corps-esprit*.
- Winnicott, D. W. (2018a). L'angoisse liée à l'insécurité. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 232-237).
- Winnicott, D. W. (2018b). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In *Jeu et réalité : L'espace potentiel* (p. 203-214).



# ANNEXE I

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
POSITION AUTRUI							
POSITION M							
TONUS AUTRUI							
TONUS M							
MOUVEMENT AUTRUI							
MOUVEMENT M							
REGARD AUTRUI							
REGARD M							
VISAGE AUTRUI							
VISAGE M							
VERBALISATION AUTRUI							
VERBALISATION M							
RESPIRATION AUTRUI							
RESPIRATION M							
ENVIRONNEMENT							
ÉLÉMENT SPÉCIFIQUE							

Vu par le maître de mémoire

Le 17 mai 2021

A handwritten signature consisting of several overlapping loops and a horizontal stroke at the bottom.

**Auteur : Amélie BOUVEYRON**

**Titre :** Le partage d'appuis dans la relation thérapeutique : d'un sentiment de vide  
à un sentiment de vie

L'approche psychomotrice auprès d'une jeune femme polyhandicapée

**Mots – clés :** Polyhandicap – Agrippement – Appuis – Sentiment de sécurité  
interne / Multiple disabilities – Grip – Support – Sense of internal security

**Résumé :**

Suite à ma rencontre avec Maud, une jeune femme polyhandicapée, je m'interroge sur l'importance des appuis physiques et psychiques dans la construction de soi. Tout au long de ma clinique, je m'interroge les vécus corporels de Maud. Elle s'agrippe à elle puis à moi, elle regarde dans le vide puis elle me regarde. Ses comportements sont déstabilisants. Je m'interroge aussi sur mes propres appuis en tant que professionnelle dans cette relation thérapeutique. Je développe des pistes de réflexion sur le travail réalisé en psychomotricité, dont le but est de renforcer le sentiment de sécurité interne de Maud par l'éprouvé d'appuis.

Following my meeting with Maud, a young woman with multiple disabilities, I wonder about the importance of physical and psychological support in self-construction. Over the course of my clinical practice, I have wondered about the body experiences of Maud. She clings to herself and then to me, she stares into empty space then she stares at me. Her behavior is destabilizing. I have also wondered about my own support as a professional in this therapeutic relationship. I am developing reflection avenues on the work carried out in psychomotor therapy, the aim of which is to strengthen Maud's sense of internal security through the proven support.