

Sommaire

Remerciements

Sommaire

Avant-propos

Introduction 11

Partie 1 : Apports théoriques 13

I A la conquête du corps : d'un amas de sensations à la conscience du corps 13

I.1	Les principaux canaux sensoriels mis en jeu dans la conscience du corps	13
I.1.1	<i>Le toucher</i>	14
I.1.2	<i>La proprioception</i>	15
I.1.3	<i>Le système vestibulaire</i>	17
I.1.4	<i>La vision</i>	18
I.1.5	<i>La coordination des flux sensoriels</i>	19
I.2	Le tonus musculaire	20
I.2.1	<i>Le tonus, du maintien au mouvement : définitions et fonctions</i>	20
I.2.2	<i>Entre maturation neurologique et approche sensori-motrice : de l'enroulement à l'axe corporel</i>	22
I.2.3	<i>La régulation tonique</i>	24
I.2.4	<i>Le dialogue tonico-émotionnel</i>	25
I.3	Le développement sensori-moteur	26
I.4	Les étapes du vécu corporel	27
I.4.1	<i>Le schéma corporel</i>	28
I.4.2	<i>Du corps subi au corps connu</i>	31
I.5	La conscience corporelle : de la sensation à la représentation	33
I.6	Principaux facteurs à l'origine d'une conscience corporelle entravée	34
I.6.1	<i>Perturbation du processus sensation-perception</i>	35
I.6.2	<i>Perturbation du processus perception-représentation</i>	36

Conclusion du chapitre I 36

II En route vers la Conscience de Soi, dans le regard de l'autre 37

II.1	L'étayage psychomoteur	37
II.2	La fonction maternelle contenante	38
II.2.1	<i>D'un état de non-intégration au sentiment continu d'exister</i>	39
II.2.2	<i>De l'émotion à la pensée</i>	41
II.2.3	<i>Du Moi-corps au Moi-psychique</i>	42
II.3	Des enveloppes corporelles aux enveloppes psychiques	44

Conclusion du chapitre II 46

III L'identité	46
III.1 L'identité psychocorporelle : le versant image du corps	46
III.2 L'identité, une notion multiple	49
III.2.1 <i>Identité objective, identité subjective</i>	49
III.2.2 <i>Identité narrative</i>	52
Conclusion du Chapitre II et de la partie théorique	53
PARTIE 2 : Présentation clinique	55
I Premier terrain d'étude : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	55
I.1 Le cadre institutionnel	55
I.1.1 <i>Le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent</i>	55
I.1.2 <i>L'unité psychopédagogique</i>	56
I.1.3 <i>La psychomotricité au sein de l'unité psychopédagogique</i>	57
I.2 Le groupe « Corps en mouvement »	58
I.3 Présentation de Tom	59
I.3.1 <i>Anamnèse</i>	59
I.3.2 <i>Période d'observation à l'unité psychopédagogique</i>	60
I.3.3 <i>Admission et évolution de Tom à l'unité psychopédagogique</i>	61
I.3.4 <i>Première rencontre</i>	62
I.4 Quelques repères sur le TDA/H	63
II Deuxième terrain d'étude : Neurologie Adulte	64
II.1 Le cadre institutionnel	64
II.1.1 <i>Le département de rééducation neuro-locomotrice</i>	65
II.1.2 <i>L'Hôpital de jour en rééducation neuro-locomotrice</i>	66
II.2 Présentation de Madame K.	67
II.2.1 <i>Anamnèse</i>	67
II.2.2 <i>Admission et bilan d'entrée de Madame K.</i>	68
II.2.2 <i>Bilan psychomoteur</i>	69
II.2.3 <i>Première rencontre</i>	69
II.2.4 <i>Évolution de Madame K. au cours de sa prise en charge</i>	70
II.3 Quelques repères sur les AVC	71

PARTIE 3 : Discussion	74
I La conscience corporelle, outil privilégié du psychomotricien	74
I.1 Intérêts thérapeutiques d'un travail de conscience corporelle	74
I.2 Modalités d'intervention du psychomotricien	76
I.3 Fondement neuroscientifique : de la conscience corporelle au sentiment de soi	78
II Lorsque l'agitation témoigne d'un manque de conscience corporelle : vers une recherche identitaire de l'enfant TDA/H	78
II.1 Une double origine à la défaillance de conscience corporelle	78
II.1.1 <i>L'origine neuro-développementale</i>	79
II.1.2 <i>Les facteurs psycho-affectifs : une enveloppe défaillante</i>	81
II.2 Développer la conscience du corps pour accéder à la conscience de soi	82
II.2.1 <i>Une multitude d'expériences sensori-motrices ciblées</i>	83
II.2.2 <i>L'apport de la fonction contenante</i>	85
II.3 L'évolution de Tom : vers une structuration psychocorporelle	87
III Lorsque l'immobilité témoigne d'un manque de conscience corporelle : rupture du sentiment identitaire de l'adulte cérébro-lésé	89
II.1 Les remaniements provoqués par l'AVC	89
II.1.1 <i>Conséquences sur le vécu corporel</i>	89
II.1.2 <i>Conséquence sur l'image du corps et le vécu identitaire</i>	90
II.2 La prise en charge de Madame K. en psychomotricité	91
II.2.1 <i>Le travail de conscience corporelle</i>	91
II.2.2 <i>Bilan psychomoteur intermédiaire</i>	92
II.3 Une reconstruction identitaire...parcellaire ?	93
II.3.1 <i>Une prise en charge marquée de discontinuités</i>	93
II.3.2 <i>Une dissimulation derrière des mécanismes de défense</i>	94
II.4 Perspective d'évolution de Madame K.	96
Conclusion	97
Bibliographie	98
Glossaire ¹	105
Annexes	108

¹ Chaque terme suivi d'une astérisque * fait l'objet d'une définition dans le glossaire.

Avant-propos

A l'origine... un voyage personnel vers la conscience d'une présence modifiée

Avant d'entamer mon propos sur la conscience corporelle, je voudrais éclairer le lecteur sur les éléments qui m'ont mis sur son chemin.

Issue du monde de l'entreprise dans des fonctions managériales, j'ai entamé une reconversion en psychomotricité poussée par un besoin devenu vital, celui d'aligner mon chemin de vie à mes aspirations profondes. L'urgence de me sentir en harmonie, de faire reculer les diktats éducatifs qui m'avaient façonnée pour me laisser guider par mon intuition intime. J'étais loin d'imaginer ce que les trois années d'études allaient me réservé en termes d'intensité émotionnelle et d'apprentissage sur moi-même... Trois années qui m'ont bousculée, qui m'ont extraite de ma zone de confort, mais desquelles je ressors grandie, nourrie, transformée... Ce serait à refaire, je le referai !

Alors que j'étais nouvellement étudiante en psychomotricité, j'ai suivi en première année un TD intitulé « Conscience Corporelle ». Compte-tenu de mes expériences passées, de mes questionnements et de mon appétence pour la découverte et la compréhension des mécanismes corporels, j'avais le pressentiment que cet enseignement allait me plaire. Pour autant, je ne savais pas exactement à quoi m'attendre. J'ai compris réellement le chemin sur lequel la formation voulait me mener lors d'une séance spécifique consacrée à la marche. Ce jour-là, l'enseignante a demandé aux étudiants de porter leur attention sur leur marche, pour la rendre consciente.

Rien de plus automatisé que la marche, nous marchons en permanence sans y penser, sans même en avoir conscience, pris dans le tumulte des activités quotidiennes. Cette fois, je devais porter mon attention sur tout ce que la marche met en jeu en tant que coordination complexe, et sur tout ce qu'elle convoque et mobilise dans mon corps : sur quelle zone du pied prenais-je plus particulièrement appui ? Les appuis à droite et à gauche étaient-ils équilibrés ? De quelle manière mon pied se déroulait-il ? Le déroulé était-il régulier, saccadé, fluide, rigide... ? À quel moment commençais-je à sentir le déséquilibre du bassin m'obligeant à faire un pas en avant pour me rééquilibrer ? Quels muscles chaque étape du cycle de la marche venait-elle mobiliser ? Étais-je à l'aise dans la phase oscillante, ou avais-je besoin de retrouver rapidement un appui au sol plus sûre ? Y avait-il des zones de tensions particulières dans mon corps lors de mes déplacements ? Étais-je capable de les relâcher sur commande ? Mon tempo de marche spontané était-il plutôt rapide ou lent ? Mon pas était-il léger, lourd, régulier, aérien... ? Autant de questions que je ne m'étais jamais posées en marchant...

Cette expérience de marche consciente m'a ouvert à la dimension infinie et au pouvoir extraordinaire de la conscience corporelle : la conscience d'une présence modifiée. Elle m'a permis de commencer à tisser des liens entre les différents enseignements, en particulier avec les expériences de relaxation et d'expressivité du corps. Peu à peu, j'ai appris à être plus attentive aux contours et aux reliefs de mon corps, au volume et au poids de ses différentes parties, mais aussi à percevoir le mouvement dans ses nuances, ses qualités et son intention. J'ai le sentiment de m'être reliée davantage à mon corps, comme si ma tête avait trouvé la voie pour aller dans la partie que je lui commandais. C'est peut-être cela que l'on nomme « habiter son corps » tout à la fois dans ses possibilités fonctionnelles, expressives et dans son versant émotionnel. Je me suis laissée surprendre par des gestes, des éprouvés et des émotions inhabituels, inattendus. J'ai déconstruit des postures et des mouvements acquis pour aller vers une gestualité plus consciente, plus ancrée, pas nécessairement plus gracieuse, mais plus authentique et plus libre, la mienne !

J'ai bien conscience que ce travail n'est jamais achevé, je n'en suis encore qu'aux prémisses. Mais la traversée des études de psychomotricité, grâce à la richesse des expérimentations proposées, m'a ouvert à la corporéité² en vivant mon corps en conscience. Pas en permanence bien évidemment, car comme tout un chacun, je réalise nombre de gestes machinalement. Mais je cultive désormais cette possibilité de me connecter en conscience à mes sensations, ma respiration, mes postures ou encore à la manière de me mouvoir, d'être à l'intérieur de moi-même. Cette présence attentive fut le fil conducteur de mes trois années d'études. Elle m'a accompagnée dans mes expériences d'étudiante, dans mon approche clinique avec les patients que j'ai rencontré en stage, mais aussi dans ma recherche et ma structuration personnelle. J'ai eu la chance de pouvoir suivre l'option « Relaxation thérapeutique et techniques de conscience corporelle » tout au long de ma 3^{ème} année. Je suis allée vers la méditation de pleine conscience, et plus récemment vers le Tai-Chi-Chuan, pour inclure à ma pratique une approche énergétique. Au sens de Lesage (2012/2015, p. 238), il me semble que c'est mon « *corps-antenne* » de future thérapeute que je façonne au travers de ces expériences de conscience corporelle. Celui qui, grâce à une meilleure connaissance de moi-même, peut s'éprouver dans la relation, et me guider dans la compréhension et la lecture du corps des patients, tout autant que me permettre un ajustement permanent pour affronter leurs difficultés, sans me désorganiser moi-même.

Chemin faisant, la conscience corporelle a pris une place centrale dans mon vécu corporel, et m'a conduite à nombre de réflexions qui m'ont fait évoluer dans ma manière

² Lesage (2012/2015, p. 257) utilise le terme « corporéité » pour désigner le corps dans l'ensemble de ses dimensions : corps réel, biologique, anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel.

d'appréhender le monde et d'entrer en relation avec autrui. Ce travail a mené de façon évidente à une restructuration de mon identité corporelle, et par conséquent à un remaniement de mon identité psychocorporelle, celle que j'ai désignée plus loin par l'image du corps.

Le partage de cette vignette personnelle n'a pas vocation à relater mon parcours en détail. Ce genre de propos n'a pas place ici. En revanche, il permet d'illustrer à quel point un travail de conscience corporelle peut mener au jaillissement identitaire du tout-venant. Peu à peu, ces expériences ont placé la conscience corporelle au cœur de mon approche du métier de psychomotricien. C'est donc aussi mon identité professionnelle qu'elles ont façonnée.

Introduction

« *La conscience corporelle, vaste sujet !* », me rétorque-t-on à chaque fois que j'énonce le thème de mon mémoire. J'en conviens, et je n'aurais pas la prétention de le traiter de manière exhaustive au travers de ces quelques pages. J'espère tout au moins intéresser le lecteur à ma réflexion sur le sujet.

Le terme « conscience corporelle » recouvre plusieurs notions : la première concerne la capacité de connaître, ressentir et pouvoir contrôler son corps ; la seconde désigne des pratiques corporelles visant à développer cette capacité, le plus souvent au travers de mouvements lents ; enfin, pour nous psychomotriciens, la conscience corporelle constitue une médiation et un outil thérapeutique privilégié, qui peut revêtir une multitude de formes. La conscience corporelle est donc multiple, tout comme la psychomotricité et les psychomotriciens.

Animée par la soif de découvrir des populations et environnements professionnels variés, tout autant que de me confronter à mes propres résistances, je multiplie les stages depuis trois ans. Dans cette optique, je me suis volontairement orientée vers deux univers très différents pour réaliser mes stages longs de 3^{ème} année : le premier en pédo-psychiatrie, le second en neurologie adulte. Sans savoir encore de quel thème mon mémoire traiterait, j'ai rapidement eu envie de faire porter ma réflexion transversalement sur ces deux terrains d'apprentissage. Non seulement j'éprouvais autant de plaisir à évoluer auprès des deux populations, mais j'avais en plus, l'intuition que quelque chose de familier guidait mon travail et ma réflexion clinique, malgré le grand écart entre les pathologies rencontrées. Je décidais donc de me laisser porter par mes observations et mes ressentis, de me laisser imprégner par la clinique pour laisser émerger les questionnements au fil de la pratique, des rencontres et de l'évolution des patients. Après quelques mois, un constat s'est imposé. D'un côté, j'avais affaire à un jeune garçon très agité, désorganisé dans sa motricité, assez inadapté. De l'autre, j'avais fait la connaissance d'une femme coupée de son corps, à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Tous deux avaient un point commun : une conscience de leur corps altérée, qui venait impacter leur manière d'être au monde. De leur observation ont émergé plusieurs réflexions : « De quelle manière le développement de la conscience corporelle vient-il nourrir l'identité ? Quelles sont les conséquences lorsque sa mise en place est entravée ? Quelle est l'influence de l'altération du schéma corporel sur le vécu affectif ? De quelle manière le psychomotricien peut-il intervenir pour soutenir ou restaurer l'ensemble du processus ? »

Une expérience singulière est venue conforter mon choix et alimenter ma curiosité sur le sujet. À l'occasion d'une séance de manucure, je me suis fait poser pour la première fois

des ongles semi-permanents, un peu longs, recouverts de vernis rouge. Alors que je me réjouissais à l'idée d'avoir des ongles bien faits, mon vécu fut tout autre... La présence d'une capsule en résine a généré des sensations discordantes : en pianotant sur un support, je voyais ma main remuer, je ressentais le mouvement de mon bras et de ma main, j'étais consciente de commander le mouvement, mais l'absence de sensations tactiles au niveau des doigts m'a plongée dans un sentiment d'étrangeté. Je regardais mes mains de l'extérieur, comme si elles ne m'appartenaient plus. J'ai l'impression d'avoir fait l'expérience d'une dissociation somato-psychique. Elle a impacté ma manière d'agir, de tenir les objets, de me laver les mains, ma manière d'être, tout simplement. La déprivation tactile de mes extrémités digitales, et surtout la discordance des impressions sensorielles a provoqué une altération de ma conscience corporelle, et avec elle un sentiment de perte d'unité corporelle, mettant à mal la continuité de mon sentiment identitaire. Cette expérience, aussi anecdotique soit-elle, a renforcé mon interrogation sur les mécanismes présidant au fondement de l'identité. Étant donné le rôle social qu'elle nous confère, je l'envisageais plutôt comme une fonction hautement intellectualisée. Pourtant, la privation d'un « sentir » semble la remettre en cause. De plus, alors que le schéma corporel et l'image du corps avaient la plupart du temps été abordés comme deux concepts distincts, la corrélation évidente entre la modification de mon schéma corporel et l'altération de mon vécu affectif est venue directement questionner mes connaissances.

Trois notions essentielles ont découlé de ces diverses interrogations : la conscience du corps, la conscience de soi présidant à la subjectivité, et le sentiment identitaire résultant d'un processus abouti. Ce sont autour d'elles que j'ai structuré ma pensée. Ainsi, dans une première partie, nous les explorerons dans une perspective théorique. Dans un second temps, la partie clinique sera consacrée à la présentation des deux institutions qui m'ont accueillie cette année, à celle des patients qui ont nourri ma réflexion, et aux modalités de leurs prises en charge en psychomotricité. Enfin, nous discuterons dans la perspective des troubles spécifiques à chaque patient, des modalités d'un travail de conscience corporelle en psychomotricité, pour mesurer son impact sur le schéma corporel, la conscience de soi, l'image du corps et le sentiment identitaire.

Ainsi, ce mémoire se veut une invitation au voyage entre les fondements neuro-physiologiques régissant le fonctionnement du corps humain aux niveaux somatique, affectif et cognitif, les théories psychanalytiques qui nous permettent d'appréhender le rôle fondamental joué par le milieu humain, et la clinique psychomotrice pour éclairer les mécanismes à l'origine d'une amélioration de la conscience corporelle et de ses conséquences sur la structuration identitaire.

Partie 1 : Apports théoriques

I À la conquête du corps : d'un amas de sensations à la conscience du corps

Le terme conscience provient du latin *conscientia*, lui-même composé de deux parties : le préfixe *con-* (dérivé de *cum-*, avec) et *-scientia* (connaissance). Ainsi, l'étymologie renvoie à la connaissance de l'objet par le sujet, mais aussi au fait que l'objet de connaissance fait référence au sujet lui-même. Autrement dit, la conscience pourrait se définir par la connaissance intime que nous avons de nous-même, une connaissance profondément intérieure.

Lesage caractérise le corps ainsi : Il [le corps] comprend bien-sûr les structures anatomiques et leur organisation, mais aussi leur intégration dans le mouvement et la relation, ainsi que la représentation et la conscience que chacun se construit. Il s'agit donc d'un corps mouvant, relié, expressif, support d'une identité, abordé et travaillé dans le cadre global de l'étagage mutuel corps-psychisme. (Lesage, 2015, p. 10)

Que désigne donc la conscience du corps ? En première intention, nous pourrions la définir comme la faculté mentale d'appréhender subjectivement les phénomènes corporels, reposant sur l'attention consciente et dirigée portée sur son corps. Elle correspondrait ainsi à la capacité de sentir l'état de tension de ses muscles, ses points d'appui et d'équilibre, sa position de manière précise, le mouvement de ses articulations ou encore la direction et la vitesse du mouvement. Elle s'appuie donc sur l'intégration sensorielle et proprioceptive, l'intégration du schéma corporel, mais également sur la maturation des représentations du corps. Nous essaierons au terme de cette partie de proposer une définition plus précise.

Reprendons dans un premier temps chaque élément pour mesurer leur contribution à ce processus.

I.1 Les principaux canaux sensoriels mis en jeu dans la conscience du corps

Le corps humain est sensible. Avoir conscience de son corps commence par la capacité à le ressentir, donc par l'accès aux sensations qui viennent s'y imprimer.

Parler de sensations ramène inévitablement aux sens dont l'être humain est doté. Le Larousse définit les sens comme « chacune des fonctions psycho-physiologiques par lesquelles un organisme reçoit des informations sur certains éléments du milieu extérieur, de nature physique (vue, ouïe, toucher, sensibilité à la pesanteur) ou chimique (goût, odorat) ».

Cette définition met en évidence que les sens sont indissociables de l'ensemble des organes récepteurs permettant le traitement spécifique des informations en provenance de l'environnement. Elle omet en revanche que ces informations peuvent également venir de notre organisme interne.

Ainsi, il convient d'introduire une nuance entre les sens et la sensibilité, celle-ci étant une notion plus large. La sensibilité peut se définir comme la « propriété que possèdent certaines parties du système nerveux de recevoir, de transmettre ou de percevoir des impressions » (Carric et Soufir, 2014, p. 231). Elle permet donc d'être informé des phénomènes extérieurs et intérieurs au corps. Elle recouvre différentes modalités et types de systèmes sensoriels, parmi lesquels :

- Les sens extéroceptifs : il s'agit des cinq sens cités précédemment, le toucher, la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût, qui nous permettent de recueillir des informations issues et prélevées sur le monde extérieur ;
- Les sens intéroceptifs : ils recouvrent la sensibilité viscérale qui renseigne de manière inconsciente l'organisme sur les variations viscérales (telles que la faim) et les changements physico-chimiques (l'accélération du rythme cardiaque à la suite d'une poussée d'adrénaline par exemple), mais également la proprioception et la sensibilité labyrinthique qui permettent de communiquer des informations sur le corps propre.

Parmi cet ensemble, certaines modalités sensorielles participent plus que d'autres à l'élaboration de la conscience du corps ; ce sont celles qui retiendront particulièrement notre attention. Ainsi, nous nous attarderons sur la somesthésie (sensibilité somatique) recouvrant à la fois la sensibilité superficielle de la peau (toucher) et la sensibilité profonde (proprioception), sur la sensibilité labyrinthique et sur le rôle fondamental de la vue dans ce processus.

I.1.1 Le toucher

Premier né du développement embryonnaire, le toucher est aussi le dernier sens à disparaître. Cette double qualité lui confère une place fondamentale dans le développement, mais aussi tout au long de la vie.

À la naissance, la sensibilité tactile est en place. Les premiers récepteurs cutanés apparaissent dès 7 semaines de gestation au niveau de la région péri-buccale. A 20 semaines, l'ensemble de la surface du corps est déjà équipé de ses récepteurs tactiles. Seuls les récepteurs thermiques, qui contribuent également à la sensibilité tactile, seront en place un peu plus tard, à 24 semaines.

En revanche, la nature des stimulations tactiles rencontrées par le bébé va profondément s'enrichir et se diversifier. Après n'avoir connu que le bain du liquide amniotique

et le contact des parois utérines, sa peau sera soumise à de nouvelles textures (air, peau, eau, savon, crème, vêtements...) et à des qualités de touchers variant en température et en pression (caresses, massages, portage, actes de soins en général...).

Il est impossible d'aborder le sens du toucher sans évoquer la peau. En effet, c'est au travers de celle-ci que le toucher prend tout son sens. Ils sont par essence intimement liés. La peau est en quelques sortes l'organe du toucher. Ainsi, avec ses milliers de récepteurs sensitifs, la peau permet de discerner avec une grande précision les différentes nuances de stimuli : tact, pression et vibration grâce à ses différents mécano-récepteurs, mais également variations de températures grâce aux thermorécepteurs et sensations douloureuses grâce aux nocicepteurs.

La peau nous enveloppe. Tout en contenant nos organes, elle constitue un organe à part entière, de surcroit vital et le plus étendu de notre corps, définissant un contour et une limite pour ce dernier. Ainsi, aborder le toucher sans évoquer les fonctions biologiques de la peau, ni la place qu'elle occupe dans la construction psychique de l'individu, me semblerait un peu cavalier. Restons dans un premier temps sur les fonctions biologiques, les fonctions psychiques seront abordées au chapitre II.

Du point de vue physiologique, la peau est centrale pour la perception, l'adaptation aux conditions environnementales et le maintien de l'homéostasie corporelle. Montagu (1979) définit quatre fonctions physiologiques de la peau : organe avant tout sensoriel, elle joue un rôle protecteur contre l'intrusion de corps étrangers, elle a une fonction métabolique en régulant les réserves de graisse, d'eau et de sel, ainsi qu'une fonction d'échange respiratoire et thermique, en tant que frontière entre l'intérieur et l'extérieur. En étudiant la peau en tant qu'organe tactile, il met en évidence que c'est par ce canal que l'enfant va préférentiellement prendre conscience de son propre corps et de celui de sa mère.

Enfin, soulignons que le toucher se distingue des autres sens par une caractéristique fondamentale qui le rend unique : sa réciprocité. Nous ne pouvons toucher sans l'être tout autant, c'est la notion du corps touchant-touché. En cela, le toucher constitue la première forme de communication inter-humaine, sur laquelle la communication verbale viendra se greffer.

I.1.2 La proprioception

C'est Charles Sherrington, médecin scientifique britannique, qui a le premier introduit le concept de proprioception, à la fin du XIXème. Il en parle comme d'un sens inné qui nous permet d'avoir conscience de notre propre corps et de le sentir évoluer dans l'espace. Le terme proprioception prend son origine dans le latin *-proprius* signifiant « qui n'appartient qu'à soi,

qu'on ne partage pas avec les autres » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 163). Il s'agit donc d'un sens à l'origine d'impressions que nous sommes seuls à pouvoir éprouver.

À l'inverse des autres sens orientés vers des sources externes, la proprioception traite en effet des afférences sensorielles issues de l'intérieur du corps. Aussi appelée sensibilité profonde, elle concerne en particulier trois types d'informations : celles relatives à la position, les mouvements et la force utilisée. La sensibilité à la position, autrement appelée statesthésie, permet de ressentir l'organisation des segments corporels les uns par rapport aux autres, c'est donc le sens de la posture. La sensibilité au mouvement, ou kinesthésie, concerne les informations de vitesse, amplitude et direction du mouvement. La force, quant à elle, informe sur la résistance musculaire et l'effort produit au cours des actions motrices. Citant Berthoz (1997), Robert-Ouvray et Servant-Laval (2015) en parlent comme du « sens musculaire » (p. 162).

Les capteurs sensoriels proprioceptifs sont des mécano-récepteurs situés au niveau des muscles (fuseaux neuromusculaires sensibles à l'étirement passif des muscles), des tendons (organes tendineux de Golgi sensibles à la tension musculaire, donc à l'intensité de la contraction) et des articulations (plusieurs types de récepteurs informant sur les mouvements articulaires). Grâce à leur activité continue, ils informent en permanence le cerveau de l'état tonique, de la position et des mouvements du corps propre. Ainsi, la sensibilité proprioceptive nous permet de façon consciente ou inconsciente, mais le plus souvent inconsciente, de percevoir la position et les mouvements de notre corps dans les trois dimensions de l'espace. C'est donc aussi « le sens du corps dans l'espace » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 162, citant Berthoz, 1997).

In utero, l'activation des récepteurs proprioceptifs est assurée non seulement par la motilité du fœtus, mais également par les déplacements maternels et les contractions utérines. Avec la naissance, avec l'apparition de la gravité, les récepteurs sont fortement sollicités à chaque mouvement du bébé. Celui-ci doit mobiliser d'importantes ressources toniques et posturales en réponse à la pesanteur. Ce n'est qu'avec le temps et la maturation neuro-motrice que cette adaptation devient automatique et inconsciente. Ainsi, par le jeu permanent des tensions, degrés d'étirements et pressions sur le système musculo-tendino-articulaire, la proprioception joue un rôle significatif dans l'équilibre et l'ajustement postural, en réponse aux sollicitations de l'environnement. Pour Robert-Ouvray et Servant-Laval (2015) : « Elle entretient la connaissance du corps et assure l'harmonie de la contraction tonique musculaire. » (p. 163)

Roll (2003) en parle comme d'un sixième sens, un sens secret, mais le questionne aussi en tant que sens premier, indispensable à l'émergence de la conscience de soi. Il

soutient en effet l'idée que « les informations proprioceptives, nées de l'action même, sont le principal et premier opérateur de la conscience du mouvement et qu'elles participent alors à des fonctions mentales de niveau élevé, fonctions qui émargent clairement au répertoire des activités cognitives » (p. 49).

C'est donc grâce à ce sixième sens que nous nous approprions notre corps, que nous pouvons l'éprouver comme étant le nôtre, le sentir évoluer dans l'espace ou décrire sa position exacte y compris les yeux fermés. En nourrissant ainsi le sentiment d'exister, il fournit l'essence même de ce qui conduit à la conscience de soi. « Ce sens constitue l'une des bases de l'ancrage organique de notre identité. » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 163).

1.1.3 Le système vestibulaire

Organe sensoriel situé dans l'oreille interne au niveau du labyrinthe, l'appareil vestibulaire est l'un des premiers systèmes sensoriels à se développer au cours de la vie intra-utérine. Mature à 4 mois de grossesse, il est soumis aux changements de position, liés aux mouvements du corps de la mère et du fœtus lui-même. Il entre en fonction dès la naissance.

Le système vestibulaire nous informe sur la position et les mouvements de la tête lorsque le corps bouge. Il a pour rôle de stabiliser la scène visuelle pendant un mouvement et/ou déplacement de la tête ou du corps. Il abrite en effet plusieurs sortes de barorécepteurs, capables de détecter les différents mouvements de la tête, les accélérations ou changements de direction dans les trois plans de l'espace, et de percevoir la pesanteur (Beckier et Guinot, 2015).

En réponse aux stimuli, le traitement cortical vient commander l'ajustement des muscles oculomoteurs pour permettre de conserver une image stable sur la rétine, ainsi que la contraction des muscles sous-occipitaux et dorsaux, afin de stabiliser la tête et le tronc dans l'axe du corps.

Le système vestibulaire, en fonctionnant en collaboration avec d'autres systèmes, joue un rôle prépondérant dans le maintien de l'équilibre statique et dynamique, mais aussi dans la perception du sens du mouvement. Il garantit non seulement la stabilité du regard, indispensable à l'équilibre, mais aussi son orientation anticipatrice, afin que le mouvement puisse s'ajuster dans l'espace. Rappelons en effet que le regard précède et guide le geste.

Du fait de ses fonctions, de sa localisation proche du système auditif, mais surtout de son intrication avec la sensibilité proprioceptive et la vision, le système vestibulaire joue donc un rôle important pour moduler, organiser et contrôler les mouvements du corps dans l'environnement. En garantissant la cohérence entre la perception de la situation du corps et

la perception de l'espace, il contribue largement à la construction d'une représentation et d'une conscience du corps dans l'espace et le mouvement.

I.1.4 La vision

La vision est le dernier sens à se développer *in utero*. Les paupières sont fusionnées jusqu'à la 24^{ème} semaine d'aménorrhée (SA), et ce n'est qu'à compter du 7^{ème} mois de grossesse que le fœtus commence à distinguer les ombres et les nuances de lumière. À la naissance, la vision est fonctionnelle mais encore immature : le champ visuel est étroit et l'acuité visuelle faible. Le bébé perçoit surtout les contours, il ne voit pas bien les détails ni les couleurs et s'intéresse surtout aux contrastes. Sa vision est binoculaire et il ne peut pas accommoder. Ses compétences visuelles vont se développer mois après mois, et à 12 mois, il verra comme un adulte.

Sens très développé chez l'être humain, la vision joue un rôle central dans l'apprehension du monde extérieur. Elle nous permet d'identifier les objets et les personnes présents, d'interagir avec eux, d'évaluer la position que l'on occupe dans l'espace et de nous orienter, mais aussi d'anticiper nos ajustements posturaux et de guider nos comportements (Lemoine-Lardennois et al., 2016).

Le fonctionnement du système visuel repose sur la projection de la lumière (réfléchie par les objets) sur la rétine, membrane neurosensorielle tapissant la face interne du globe oculaire. Équipée de deux types de photorécepteurs, les cônes et les bâtonnets, la rétine est capable de transformer les rayons lumineux qui s'y projettent en un signal nerveux, et de le transmettre au système nerveux central via le nerf optique. Ces deux types de récepteurs diffèrent par leur densité et leur répartition sur la rétine, mais aussi et surtout pour ce qui nous intéresse ici, par le rôle qu'ils jouent dans la vision. En effet, la vision comporte deux aspects complémentaires : la vision centrale et la vision périphérique.

La première repose sur les cônes, moins nombreux et situés au centre de la rétine, appelé *fovéa*. Ils assurent la vision focale et permettent l'analyse des détails et des couleurs. Requérant une grande quantité de lumière pour être activés, ils sont impliqués dans la vision diurne. Ils concernent l'acuité visuelle, maximale lorsque la cible visée est projetée au centre de la rétine.

À l'inverse, les bâtonnets, en quantité beaucoup plus importante, tapisSENT la périphérie de la rétine, raison pour laquelle on parle de vision périphérique. Ils traitent l'information visuelle liée aux mouvements qui apparaissent dans le champ visuel, mouvements pouvant résulter soit d'un déplacement de tout ou partie du corps propre, soit de celui d'objets de l'environnement.

Fonctionnelle dès la naissance, c'est sur la vision périphérique que le bébé va s'appuyer pour appréhender son environnement. Pour Bullinger (2004), ce sont par ses ajustements toniques et posturaux qu'il répond à ces signaux périphériques, le menant peu à peu vers un « corps véhicules ». Progressivement, la vision focale va s'affiner et l'enfant pourra instrumenter sa vision en coordonnant les deux systèmes.

Une fois arrivé à maturation, le système visuel occupe une place essentielle dans le développement psychomoteur. Il intervient à la fois au service d'activités de précision et d'activités de découverte, permettant d'analyser et de s'ajuster à l'environnement, via des rétro-contrôles permanents sur la posture et l'équilibration du corps.

Par ces jeux d'ajustements, la vision contribue de manière évidente à la conscience que nous portons à notre corps. Golse et Simas (2008) rappellent que Wallon (1959) avait déjà souligné l'importance de la vue et du mouvement dans la prise de conscience du corps propre par l'enfant. Ajoutons à cela que le regard est une composante essentielle de la relation à autrui.

I.1.5 La coordination des flux sensoriels

Chaque système sensoriel tient une place importante dans la connaissance et la conscience du corps. Ensemble, ils contribuent à un développement harmonieux. Mais plus encore, c'est leur coordination qui semble la plus essentielle pour permettre une instrumentation efficace des conduites du corps.

Avec l'approche sensori-motrice, Bullinger (2004) apporte une lecture intéressante de la coordination entre flux sensoriels. Il définit les flux sensoriels comme un ensemble dynamique de signaux continus et orientés émis par une source (l'émetteur), venant stimuler une surface (le capteur). Il précise que les modifications d'orientation de ce capteur ou un changement d'orientation de la source induisent une modification des signaux relatifs à ce flux.

Par ailleurs, il distingue la sensibilité profonde (issue du corps propre) de la fonction proprioceptive. Ce qu'il nomme fonction proprioceptive résulte de l'intégration entre la sensibilité profonde intra-corporelle et les signaux issus des flux sensoriels externes. C'est donc une coordination, et non un fait biologique (Bullinger, 2004). Reprenant la pensée de Bullinger, Jouen et al. (2015) expliquent que cette coordination est susceptible de se modifier selon les interactions et les situations rencontrées par l'organisme dans son milieu.

Pour Bullinger (2004), la fonction proprioceptive assure deux fonctions. Tout d'abord, elle permet un ajustement corporel, en réponse aux situations générées par la rencontre avec les différents flux sensoriels, qu'ils soient visuels, tactiles, vestibulaires ou issus de la

sensibilité profonde. Ensuite, elle constitue un soutien à la connaissance et à la représentation du corps.

En effet, dès les premiers mois de sa vie, le bébé est confronté à trois types de situations : des situations actives, au cours desquelles il perçoit les variations issues de son corps propre ; des situations passives où seuls les flux sensoriels du milieu viennent l'irriter ; et enfin des situations mixtes combinant les deux. Puisque la sensibilité profonde résulte des mouvements du corps propre, elle ne peut être intégrée aux flux sensoriels que lorsque l'enfant est acteur du mouvement. Au fil des expériences, et à force de répétition, l'enfant apprend à distinguer les différentes situations. Cette connaissance, issue de l'acquisition progressive de compétences sensori-motrices, conduit l'enfant à instrumenter son corps, c'est-à-dire à l'utiliser comme outil pour agir sur le milieu (Jouen et al., 2015).

En prenant source sur la covariation des flux sensoriels et de la sensibilité profonde, la fonction proprioceptive « permet de participer à la représentation de l'organisme comme objet du milieu et d'améliorer les capacités d'*instrumentation* du bébé » (Jouen et al., 2015, p. 465).

I.2 Le tonus musculaire

La notion de tonus est liée à celle de limite. C'est une problématique universelle pour tout être vivant que d'élaborer une limite et un contenu propres, un état de tension interne à partir duquel il exerce une pression sur l'environnement, tout comme il résiste à la pression externe. Pour Lesage (2012/2015), la tonicité détermine la manière dont le sujet est prêt à répondre et saisir les opportunités. Elle traduit son état de disponibilité.

Notion fondamentale en psychomotricité, le tonus musculaire figure l'individu à la fois dans sa réalité organique et psychologique, il permet l'articulation entre le physiologique et l'affectif. Il s'observe en effet à plusieurs niveaux : posture, démarche, manière avec laquelle un individu s'engage dans la relation, gestuelle, mimiques, mais également dysharmonies toniques (réactions de prestance et syncinésies*). Avec le temps, la répartition tonique s'inscrit dans une tendance posturale. Elle devient alors un marqueur de l'identité.

I.2.1 Le tonus, du maintien au mouvement : définitions et fonctions

Le tonus est une notion issue de la neurophysiologie. Jover (2000) le définit comme l'état de tension permanente, active et involontaire des muscles. Il est variable en intensité selon l'état de vigilance, les émotions et l'activité, qui viennent l'inhiber ou le renforcer. On distingue classiquement trois niveaux toniques, s'étayant les uns sur les autres, auxquels on attribue des fonctions spécifiques.

Le tonus de fond (basal, passif, permanent) est une donnée génétique. Il correspond à l'état de légère tension isométrique, involontaire et permanente, des muscles au repos. Entretenu par le réflexe myotatique (contraction d'un muscle en réponse à son propre étirement), il résulte donc de la stimulation continue et réflexe de leur nerf moteur. Il ne s'agit pas d'un phénomène musculaire, mais neuro-réflexe. De fait, il ne disparaît pas pendant le sommeil ; seuls certains états de coma ou certaines atteintes neuro-motrices peuvent l'annihiler.

S'il ne génère ni mouvement ni déplacement, le tonus de fond constitue en revanche la toile de fond des activités posturales et motrices. Lieu d'inscription de l'affectivité et des émotions qui prennent corps en lui, il détermine l'expressivité des mouvements qu'il soutient. Servant-Laval³ ajoute qu'il maintient la cohésion qualitative des différentes parties du corps. Ainsi, en figurant une enveloppe tonique, le tonus de fond assure une fonction de contenance et soutient le sentiment d'unité corporelle, base du schéma corporel et du sentiment de soi.

Le tonus postural correspond à l'activité musculaire minimale qui permet de lutter contre la pesanteur et de conserver une attitude.

Pour Lesage (2012/2015), le tonus postural « met globalement le corps en forme » (p. 40). En effet, une posture détermine une certaine organisation des segments corporels les uns par rapport aux autres, et dans l'espace. Temps d'immobilité ou d'arrêt, les postures marquent le début ou la fin du mouvement. À ce titre, elles le structurent et lui confèrent une certaine temporalité.

Assaiante (2015) souligne l'importance du contrôle postural pour le déploiement d'une motricité harmonieuse et efficace. « La posture assure tout d'abord une fonction d'équilibre lors de l'initiation et au cours de la réalisation d'une action. D'autre part, la posture sert de cadre de référence pour organiser efficacement le geste. » (p. 42, citant Assaiante et Amblard, 1995).

La principale fonction du tonus postural est anti-gravitaire, il permet le maintien de la verticalité et la tenue des équilibres statique et dynamique. À cette fonction première s'ajoute une fonction d'orientation et d'intégration : en permettant l'équilibre et la stabilité, le tonus postural favorise la disponibilité à l'environnement et l'amélioration de la perception des stimulations issues de l'environnement, susceptibles de venir guider l'action. Enfin, en déterminant une répartition tonique particulière, les postures traduisent un état émotionnel ou de vigilance particulier. À ce titre, le tonus postural représente, en lien avec le tonus de fond, le substrat de l'affectivité et des émotions.

³ Éléments issus du TD d'Anatomie Fonctionnelle de 2^{ème} année (polycopié rédigé par A. Servant-Laval, références non communiquées)

Le tonus d'action est celui qui permet le mouvement. Il se déploie en s'appuyant sur les deux précédents. Il sous-tend et soutient l'action, c'est-à-dire qu'il permet « le recrutement de points d'appui dans le corps pour permettre l'effectuation du geste conscient » (Lesage, 2015, pp. 40-41).

Il a donc deux fonctions essentielles : assurer les réactions d'équilibration via des ajustements posturaux réactionnels en impliquant un ensemble de mobilisations musculaires, et soutenir les coordinations et dissociations motrices.

Si le tonus musculaire est dépendant du contrôle moteur des muscles, il me semble important de mentionner le rôle des fascias. Lesage (2012/2015) rappelle qu'en solidarisant les muscles, ils jouent un rôle important dans l'intégration de la posture et du mouvement. Tissus conjonctifs élastiques, ils relient et différencient les structures du corps. Ils peuvent influencer les états de tensions ou de détente tonique, et affecter les tendances posturales.

Enfin, le tonus est intimement lié à la vie émotionnelle et comporte une dimension relationnelle dans sa composante de communication : c'est le dialogue tonico-émotionnel⁴.

I.2.2 Entre maturation neurologique et approche sensori-motrice : de l'enroulement à l'axe corporel

Au cours des premiers mois de sa vie, l'enfant traverse un processus de construction tonique et postural, qui le mènera au redressement et à la maîtrise progressive de son corps. Sa disponibilité tonique lui offrira la possibilité de multiplier et diversifier les expériences.

Un bébé né à terme se trouve dans une bipolarité tonique de base, caractérisée par une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique, qui l'amène à s'enrouler sur lui-même. Pour passer de cet enroulement à la position érigée, il lui faudra environ un an. Les développements tonico-postural et tonico-moteur se font dans le sens d'un perfectionnement progressif. Les progrès ne sont pour autant pas toujours uniformes et continus : si les étapes suivent une logique identique selon les niveaux d'évolution motrice (NEM), chaque enfant évolue à son rythme et les franchit quand il est prêt.

Ces étapes du développement psychomoteur sont permises par l'harmonisation du tonus dans le corps, sous le contrôle du processus de maturation neurologique. Deux lois, dites de succession, assurent l'équilibration progressive de la tonicité de base du bébé. Pendant que la loi céphalo-caudale régit la tonification progressive de l'axe qui permettra le développement du contrôle postural de la tenue de la tête jusqu'à la position assise, la loi proximo-distale assure le relâchement tonique des membres, du tronc jusqu'aux extrémités, menant au contrôle progressif de la préhension et autres coordinations fines.

⁴ Se référer au paragraphe I.2.4

À la naissance, le nouveau-né dispose dans son répertoire de base de deux types de postures : les postures symétriques, qui le rassemblent et l'apaisent, et les postures asymétriques, qui privilégient l'ouverture vers l'environnement. Bullinger (1998) considère ces postures précâblées comme des « états d'équilibre autour duquel le bébé s'organise » (p. 29).

Au départ, c'est la posture symétrique qui domine. L'absence de tonus du tronc et l'hypertonie des membres, avec les ceintures scapulaires et pelviennes en rotation interne et adduction, provoquent le repli des membres. En décubitus dorsal, le bébé est enroulé sur lui-même, comme il le fut au cours des derniers mois de sa vie intra-utérine. En position semi-assise, il est dans une cyphose prononcée, que Bullinger (1998) qualifie d'équilibre postural fragile. Pour se redresser, il recourt au tonus pneumatique par blocage de la respiration.

Au fil de la maturation du système nerveux, avec l'augmentation de la tonicité axiale et le défléchissement des ceintures, l'enfant peut explorer des alternances de déroulement/enroulement et déploiement/repli, autour de la posture symétrique. Avec le temps, la musculature assurant les mouvements de flexion et d'extension s'équilibre, et le redressement devient possible. Bullinger (1998) parle d'un haubanage progressif du buste venant diminuer la cyphose, et libérant la respiration de sa fonction de tonus pneumatique.

Avec l'apparition des mouvements de rotation, rendus possibles grâce aux postures asymétriques, la musculature du buste poursuit son renforcement, jusqu'à permettre un véritable redressement. En effet, dans ce type de posture, le bébé tourne la tête d'un côté, et tend le bras du même côté. Il regarde sa main, qui selon Bullinger (1998) est celle qui plus tard assurera les conduites de pointage : c'est le côté le plus tonique. De l'autre côté, moins tonique, le bras est souvent en flexion. Il peut réaliser des mouvements amples et fluides grâce au moindre tonus dans cet hémicorps. Mais à ce stade, aucun mouvement ne peut encore franchir l'axe médian du corps. Le bébé connaît alors trois espaces distincts : l'espace droit, l'espace gauche et l'espace central qui lui permet de passer de l'un à l'autre par la zone orale. La bouche, située sur le plan médian, sert de relais pour passer un objet d'une main à l'autre (Bullinger, 1998).

Ce n'est que lorsque le tonus axial aura suffisamment augmenté pour permettre le redressement du buste, que le bébé pourra passer d'une position asymétrique à son inverse, par un jeu de bascule des appuis du bassin. Cette étape marque la constitution de son axe corporel, et s'accompagne de la dissociation des ceintures. Associée aux flux visuels, elle va permettre au bébé de relier les trois espaces qui deviendront un espace uniifié, continu et stable. Grâce à la fonction proprioceptive, l'enfant finit par comprendre que s'il ne voit pas toujours la même chose en restant dans cet espace stable et uniifié, c'est parce qu'il est lui-

même à l'origine du déplacement. Il peut alors commencer à se percevoir comme distinct de l'autre et de l'environnement.

Par ailleurs, l'émergence de l'axe corporel, en allant de pair avec la libération des mains, fait émerger l'espace de préhension et permet de développer la fonction instrumentale du corps. En devenant acteur sur le monde, capable de le transformer et d'agir sur le milieu, l'enfant entre dans le processus de subjectivation. L'axe corporel fera de l'organisme un lieu habité (Bullinger, 1998).

Ainsi, la constitution de l'axe corporel favorise l'ouverture à la relation et au développement psychique de l'enfant. Symbolisé par l'ensemble anatomique tête et colonne vertébrale, il est le lieu d'ancrage de la représentation corporelle (Bullinger, 1998). Lesage (2012/2015) parle de l'axe corporel comme d'une ligne virtuelle, résultante d'équilibre, autour de laquelle l'ensemble du corps s'organise. Ainsi, il assure la verticalisation et constitue une charpente à la fois corporelle et psychique du sujet. Pour Robert-Ouvray (2007), sa constitution s'accompagne d'un mouvement psychique de recherche d'identité.

I.2.3 La régulation tonique

Du point de vue physiologique, la régulation de l'activité tonique est intrinsèquement liée à l'intégrité et la maturation du système nerveux. Elle s'opère à plusieurs niveaux :

- Médullaire : c'est le réflexe myotatique qui régule le tonus de fond ;
- Sous-cortical : le système archaïque, mature dès la naissance, module l'état tonique à partir de l'intégration des informations sensorielles ascendantes et corticales descendantes. Les variations de tonus postural liées à la vigilance et à l'éveil sont également traitées à ce niveau ;
- Cortical : il s'agit du système qui gère essentiellement le recrutement du tonus d'action, le plus souvent sous commande volontaire.

Les variations toniques et posturales constituent un soubassement des conduites humaines. Bullinger (2015) explique que ces variations toniques sont à l'origine d'une variation de « consistance » de l'organisme. Il décrit par ailleurs quatre mécanismes susceptibles d'agir sur la régulation tonique de l'enfant (Bullinger, 1998) :

- Son niveau de vigilance, dont dépend sa disponibilité à l'environnement. Chaque état de vigilance s'associe à un état tonique et à une sensibilité spécifique aux flux sensoriels issus du milieu. Le changement d'état est facilement identifiable par l'adulte. Il peut être très brusque, quelques secondes suffisent. Progressivement, la maturation neurologique permet à l'enfant de gérer ces changements d'états plus en douceur ;

- Les flux sensoriels peuvent moduler l'état tonique du bébé. En particulier, une stimulation brutale, qu'elle soit d'origine interne à l'organisme (faim, douleur...) ou issue de l'environnement (bruit soudain, éclairage violent...) suscite un recrutement tonique, et ce d'autant plus si elle n'est reliée à aucune autre sensations pour lui donner sens ;
- Le milieu humain est le mode de régulation tonique privilégié du bébé. Il relève des interactions avec le milieu, et utilise le corps pour langage. Il s'opère par l'intermédiaire d'un accordage réciproque de l'état tonique entre les deux partenaires : c'est le dialogue tonico-émotionnel, abordé au paragraphe suivant ;
- Les représentations concernent d'abord les premières habituations issues de la stabilité entre les variations d'un flux sensoriel et celles de la sensibilité profonde (Bullinger, 1998). Grâce à ces proto-représentations qui résultent de la fonction proprioceptive, le bébé peut non seulement s'organiser par anticipation pour retrouver les postures de son répertoire de base, mais également prendre conscience des limites de son corps. Bullinger (1998) l'énonce ainsi : « La détection des covariations entre différentes boucles sensori-motrices va permettre la constitution d'une première enveloppe corporelle. Il s'agit probablement de la face interne de cette enveloppe, alors que le dialogue avec autrui va en assurer la face externe. » (p.33) Comme il le précise, le Moi-Peau d'Anzieu n'est pas très loin, nous reviendrons sur sa pensée au chapitre II. Ce n'est que lorsque l'effet spatial du geste apparaîtra que les représentations viendront à se stabiliser.

Sur le plan psychocorporel, Lesage (2012/2015) envisage cinq clés de régulation tonique : la respiration, qui permet d'abaisser le niveau tonique ; la perception du poids du corps, qui s'accompagne d'une sensation de détente musculaire ; les flux sensoriels, pour lesquels il abonde dans le sens de Bullinger ; les images mentales, qui permettent de suggérer des vécus corporels entraînant à leur tour des ajustements toniques ; et enfin le dialogue tonique, qui favorise une régulation dans la relation à autrui.

I.2.4 Le dialogue tonico-émotionnel

Auzias (1993) rappelle l'importance qu'Ajuriaguerra a accordé aux travaux de Wallon (1934) lorsqu'il a mis en évidence l'indissociabilité entre les émotions et les expressions toniques, en particulier dans les interactions mère-nourrisson. S'appuyant dessus, Ajuriaguerra (1962) va plus loin en parlant du dialogue tonique. Il caractérise ainsi le tonus dans sa fonction de communication interhumaine, non seulement dans les interactions précoces, mais aussi tout au long de la vie. La communication, et nous l'expérimentons quotidiennement, repose sur deux composantes essentielles et complémentaires : le langage verbal et le langage corporel au travers des gestes, attitudes, et autres qualités imperceptibles de l'expression.

Le dialogue tonique précède le dialogue verbal. En effet, dans sa composante infra-verbale, cette forme de communication n'a pas besoin d'être dite, car elle est sentie (Robert-Ouvray, 2007). Dès la naissance, c'est donc par son corps et ses variations toniques que le tout-petit communique. La mère prête une émotion à son bébé d'après ses manifestations tonico-motrices. En résonnance avec lui, elle dispose des capacités pour les interpréter, donner du sens à ses manifestations et tenter d'y répondre. Ajuriaguerra (1962) estime qu'elle passe par une phase de désarroi et tâtonnement, avant d'être capable de proposer la réponse appropriée au besoin. C'est dans les variations toniques de son bébé qu'elle cherche la confirmation du bien-fondé de son action. En particulier, le bébé exprime ses tensions internes et besoins (faim, douleur, absence...) par un état d'hypertonie, pouvant aller jusqu'à des cris et des pleurs. La mère fait de cette hypertonie de besoin un signe d'appel, auquel elle cherche à répondre. Inversement, c'est par une hypotonie de satisfaction que le bébé manifeste le retour à un état de quiétude, de détente et de bien-être.

Ces échanges infra-verbaux constituent le dialogue tonico-émotionnel. Dans cette boucle interactionnelle, le bébé peut s'éprouver en tant qu'acteur de la communication humaine. Compris dans ses besoins par sa mère, il se sent en capacité de la transformer et d'agir sur son environnement. Il entre ainsi dans le processus de subjectivation. De plus, grâce à sa réciprocité, le dialogue tonique permet à l'enfant de ressentir le moindre petit changement d'humeur ou de disponibilité psychique de sa mère. Transformé en retour par l'état de sa mère, il s'éprouve comme objet de la relation. Devenu tout à la fois sujet et objet dans la relation, il s'inscrit alors également dans un processus d'intersubjectivation.

Ainsi, le dialogue tonique apparaît comme un outil puissant de modulation de l'état tonique et un mode d'entrée efficace dans la relation à autrui. Il agit également sur les émotions, ce qui permet à Robert-Ouvray (2007) d'affirmer : « Le tonus musculaire est le principal agent de communication émotionnelle. » (p. 44)

I.3 Le développement sensori-moteur

Les grands principes de l'approche sensori-motrice de Bullinger ont déjà été évoqués à plusieurs reprises dans ce document. Ils le ponctuent en filigrane, en venant éclairer la réflexion menée autour de l'élaboration de la prise de conscience par l'enfant de son corps. Néanmoins, il me semble opportun d'en repréciser les fondements et les principaux apports dans un paragraphe qui lui serait entièrement consacré.

L'approche sensori-motrice ou sensori-tonique (Bullinger, 2004) est une manière de penser le développement du bébé, à partir de son organisme en tant que réalité somatique biologiquement déterminée, et en interaction avec le milieu matériel et humain dans lequel il évolue. Elle s'inscrit dans une double perspective. La première est développementale : les

acquisitions sensori-motrices suivent un processus, en s'appuyant les unes sur les autres. La seconde est instrumentale : l'intégration des systèmes sensori-moteurs est appréhendée comme un outil pour comprendre et agir sur le monde.

Du point de vue développemental, les acquisitions de l'enfant reposent sur la mise en place des schèmes de mouvements du corps et des coordinations. Celle-ci se réalise au rythme de la maturation neurologique qui permet les progrès tonico-posturaux. Ces schèmes de mouvements guident la mise en place de différents espaces corporels, à partir desquels l'enfant va organiser son corps, sa motricité et sa relation au monde. Bullinger définit ainsi six espaces corporels qui se mettent en place au cours du développement :

- L'espace utérin est en place avant la naissance ;
- L'espace de la pesanteur, qui apparaît dès la naissance, associe la coordination entre la sensibilité profonde et la fonction vestibulaire pour permettre les premiers ajustements posturaux aux flux gravitaires ;
- L'espace oral est associé à la fonction d'exploration et de capture de la bouche ;
- L'espace du buste permet, en coordonnant l'avant et l'arrière, le redressement progressif et la création d'un arrière-fond ;
- L'espace du torse, associé à la coordination des espaces gauche-droite avec un relai oral, aboutit à l'intégration de l'axe corporel et crée l'espace de préhension ;
- L'espace du corps concerne la coordination entre le haut et le bas du corps, lui conférant sa fonction de « véhicule » pour se déplacer dans l'espace environnant.

Du point de vue instrumental, l'approche sensori-motrice repose sur l'articulation entre deux boucles, l'une archaïque, l'autre cognitive. La boucle archaïque accorde une place centrale aux premières expériences sensori-motrices, influencées par la fonction tonique et les quatre mécanismes de régulation décrits précédemment. La boucle cognitive permet d'extraire des invariants de la répétition de ces expériences. Devenues connaissances, elles alimentent l'activité psychique de l'enfant et lui permettent d'affiner ses fonctionnements, au service d'actions dirigées et intentionnelles, dans un corps instrumenté.

Au terme de ce processus, l'organisme sera devenu corps, en tant que représentation psychique. L'enfant sera prêt pour entrer dans le symbolisme et le processus d'individuation.

I.4 Les étapes du vécu corporel

Penser l'évolution du vécu corporel suppose de s'intéresser à celle de la perception et de la représentation du corps. Pour qu'un individu puisse se représenter son corps, il doit pouvoir intégrer ses expériences corporelles et se les approprier, du point de vue de la connaissance, de l'émotion, de l'affect et dans la relation à l'autre. La représentation du corps se place donc du côté de la cognition, mais se construit à partir des expériences.

Deux systèmes de nature différente cohabitent pour parler de la représentation du corps : le schéma corporel et l'image du corps. Schématiquement, le premier correspond à la représentation topographique du corps, écartant les aspects affectifs et émotionnels du vécu corporel, le second les intègre pleinement. Par souci de clarté didactique et afin de rendre compte des différents courants de pensée, ces deux versants seront traités séparément. L'image du corps sera abordée au chapitre III⁵, au regard de son impact sur l'identité. Néanmoins, il me semble important de rappeler dès à présent que ce découpage ne reflète pas la manière holistique dont la psychomotricité considère le sujet humain.

I.4.1 Le schéma corporel

Depuis le début du 20^{ème} siècle, de nombreux auteurs ont théorisé le concept de schéma corporel. De Bonnier à Pyreire, en passant par Head, Schilder, Ajuriaguerra ou Dolto, leurs approches comportent des divergences, mais tous s'accordent sur le fait que son intégration est un facteur essentiel au développement harmonieux de l'enfant, à son aisance motrice et à sa capacité à se repérer et s'organiser dans l'espace et le temps.

Bonnier (1902, cité par Jeannerod, 2010) propose le premier l'idée d'un « sens des attitudes ». Pour lui, il s'agit d'une « figuration topographique » permettant à tout moment, de percevoir son corps dans ses attitudes segmentaires, et d'en orienter une partie spécifique en réponse aux stimulations perçues, particulièrement tactiles. Pick introduit en 1908 la notion d'« image spatiale du corps », en insistant sur la liaison entre les sensations tactiles et visuelles pour discriminer l'orientation spatiale du corps. Plus tard, Head et Holmes (1911, cité par Jeannerod, 2010) introduisent la notion de « schéma postural » qui les rapprochent du concept de Bonnier. Pour eux, les données posturales prévalent dans la connaissance du corps. Le « schéma postural » correspond à une image tridimensionnelle du corps, perpétuellement transformée par l'intégration des stimulations sensorielles qu'il reçoit. Le modèle est celui d'un schéma plastique. Cette vision est proche de Schilder (1968) qui définit longtemps après le schéma corporel comme « l'image tridimensionnelle du corps que chacun a de soi-même » (p. 35). Il s'organise sur la base des liens entre perception et action, et s'enrichit au gré des nouvelles expériences. Dans sa terminologie, Schilder entretient néanmoins une grande confusion entre le schéma corporel et l'image du corps, passant de l'un à l'autre sans grande distinction, pressentant la difficulté de réduire le schéma corporel à la « sensation pure et simple » (Schilder, 1968, p. 35). De Ajuriaguerra (1974) envisage, lui, le schéma corporel comme une connaissance implicite reposant sur la prise de conscience du corps en tant que réalité vécue.

⁵ Se reporter au paragraphe III.1 « L'identité psycho-corporelle : le versant image du corps »

Voici la définition qu'il en propose : Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils peuvent prendre leur signification. (De Ajuriaguerra, 1974)

En France, Dolto (1984, cité par Pyreire, 2021a) fait avancer la réflexion, en introduisant une distinction nette entre schéma corporel et image du corps. Elle place définitivement le schéma corporel du côté de l'équipement neurophysiologique, comme une réalité de fait se constituant essentiellement à partir des expériences de notre réalité. Ces perceptions dépendent de l'intégrité de l'organisme et des sensations cénesthésiques, c'est-à-dire de l'impression générale de bien-être ou de malaise résultant de l'ensemble des sensations internes (viscérales et circulatoires). Il se structure par l'expérience, au rythme de la maturation neurologique, et par l'apprentissage via une transmission culturelle. Ainsi, le schéma corporel renvoie à l'anonymat, et inscrit l'individu dans la lignée de l'espèce humaine. Il serait identique pour tous les individus du même âge évoluant dans des contextes comparables (lieu, époque, conditions de vie). Évolutif dans le temps et l'espace, l'auteur précise qu'il réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate.

Nasio (2007, cité par Pyreire, 2021b) confirme cette conception, mais va plus loin. Pour lui, le schéma corporel est une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps, qui lui sert de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace. Il le définit comme une représentation du corps en action, se construisant sur la base des sensations visuelles, auditives, kinesthésiques, vestibulaires et toniques.

C'est avec la contribution de Pyreire (2021c) aux travaux de conceptualisation du schéma corporel, que nous terminerons ce tour d'horizon. Se fondant sur les découvertes scientifiques, il énonce : « Les neurosciences ont permis d'établir que le SC [schéma corporel] concerne la gestion automatisée de la position du corps dans l'espace ainsi que les changements de position. » (p. 415) Grâce aux progrès de l'imagerie cérébrale, les substrats neuro-anatomiques sur lesquels il repose ont d'ailleurs été identifiés.

Il propose la définition suivante : Le schéma corporel relève d'un fonctionnement physiologique non subjectif. C'est une représentation sensori-motrice, tridimensionnelle, non consciente, automatique et sans cesse réajustée de la position globale et/ou segmentaire du corps et de ses mouvements. Cette représentation implique différents systèmes sensoriels, leurs coordinations et leur intégration (proprioception, vision, équilibration). La proprioception est, chez l'adulte, la référence principale. Ce qu'on appelle « espace péri-personnel » fait partie intégrante du schéma corporel. (Pyreire, 2021c, page 416)

Ainsi, du point de vue des neurosciences, le schéma corporel est une coordination entre systèmes moteurs et sensoriels, conférant une place importante à la vision périphérique pour appréhender l'espace péri-personnel (EPP). En écartant les stimulations tactiles, Pyreire s'éloigne de la vision d'Ajuriaguerra, ayant fait office de référence tout au long de mes études en psychomotricité.

Pyreire définit l'EPP comme la zone dans laquelle le sujet peut directement attraper et manipuler des objets. Elle est donc proche du corps, par opposition à l'espace extra-personnel plus éloigné. Avoir une représentation de l'EPP permet un guidage sensoriel efficace de l'acte moteur facilitant l'adaptation. Il s'agit donc d'un système sensori-moteur à l'interface du corps et de l'environnement, telle une « frontière corporelle permettant des réactions adaptées grâce à une mise à jour et une correction en temps réel du mouvement prenant en compte les retours sensoriels concomitants » (Noël et al., 2015 cité par Pyreire, 2021c, p. 419).

L'EPP concerne tout le corps, il est donc bien plus large que l'espace de préhension. Par ailleurs, Pyreire (2021c) précise que ses dimensions peuvent varier selon qu'on y inclut l'utilisation d'un outil pour agir sur des objets éloignés (tel un bâton pour attraper un objet trop éloigné pour la longueur du bras), ou la présence dans l'espace extra-personnel de personnes coopérantes. Pour Berthoz, (2010a) : « Même l'ombre portée des parties du corps peut aussi "prolonger" le corps et servir de lien entre le corps propre et l'espace extra corporel. » (p. 286)

En s'associant au schéma corporel, l'espace péri-personnel intègre au corps une partie de l'environnement spatial. Il permet de gérer plus facilement l'espace proche, et facilite l'anticipation des gestes en réponse aux obstacles de l'environnement, assurant ainsi une motricité harmonieuse.

Pour résumer, le schéma corporel correspondrait aujourd'hui à la connaissance et à la représentation mentale du corps propre, à l'état statique et dynamique. Il permet de ressentir son corps et d'en établir une représentation unifiée, pouvant ainsi servir de repère pour s'organiser dans l'espace. C'est un modèle perceptif du corps (car construit sur la base de l'intégration des informations sensorielles et perceptivo-motrices), permanent (car notre corps est toujours là), non conscient (car nous ne pensons pas en permanence à nos postures et mouvements), évolutif (car il se nourrit de nos expériences), et intégrant l'environnement proche. Il désigne tout à la fois l'organisation topographique du corps (contours et distribution des membres, connaissance de la position des différents segments les uns par rapport aux autres en temps réel) et le référentiel spatial de nos mouvements permettant d'ajuster nos réponses motrices à l'environnement.

I.4.2 Du corps subi au corps connu

Assaiante (2015) affirme que la construction du schéma corporel repose sur le couplage perception-action qui permet « la correspondance entre la perception d'une action, ses représentations sensori-motrices et sa réalisation » (p. 41). Pour elle, la perception conduit au mouvement et influence les réponses motrices. Elle aboutit à la mise en place de « modèles internes de l'action » qui permettent d'anticiper ses conséquences. Ces modèles favorisent une motricité intentionnelle harmonieuse, plus variée et orientée, apte à préserver l'efficacité du geste.

Évolutif, le schéma corporel se construit progressivement depuis la naissance jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte, grâce aux expériences sensori-motrices et dans la relation. Il peut également se réactualiser au fil des nouvelles pratiques ou d'accidents de la vie venant entraver la motricité (Pyreire, 2021c).

À la naissance, le schéma corporel du bébé est très pauvre, voire inexistant. Ses expériences sensorielles limitées autour de la zone orale sont insuffisantes pour le nourrir efficacement. En grandissant, l'enfant guide et contrôle ses mouvements par la vision (Pyreire, 2021c). Dans sa composante périphérique, elle est à la base de la construction du schéma corporel et garde sa place privilégiée tout au long des grandes acquisitions motrices. Elle ne perd sa primauté qu'entre 4 ans et 6 ans, et c'est alors la proprioception qui prend le relais. L'intégration de la sensibilité vestibulaire ne se développe qu'à partir de 7 ans, tandis que la coordination entre vision périphérique et proprioception s'installe aux alentours de 10 ans.

Le schéma corporel de l'adolescent connaît de profonds remaniements. Son corps change, il grandit, ses membres s'allongent, les caractéristiques sexuelles secondaires font leur apparition. De cette réactualisation résulte des modifications dans l'utilisation de son corps. Pourachever la construction de son schéma corporel, l'adolescent s'appuie prioritairement sur les informations proprioceptives devenues prédominantes, et ce tout au long de la vie. Il utilise également les informations vestibulaires devenues centrales pour le contrôle postural. La vision périphérique n'est plus qu'un appui pour gérer les mouvements.

À l'âge adulte, le schéma corporel est donc établi et fonctionne en régime de croisière : il correspond à la réalité physiologique. Si tout va bien, la représentation que l'adulte a de son corps est alignée avec ses compétences corporelles réelles et sa capacité à répondre aux exigences de l'environnement.

Au rythme de l'évolution du schéma corporel et de la maturation neurologique, quatre étapes se dessinent dans le vécu corporel :

- Le corps subi (de 0 à 3 mois) : les mouvements du nouveau-né sont involontaires, globaux et désorganisés, régis par la motricité réflexe du système sous cortico-spinal. Le bébé ne

maîtrise pas encore son corps, il n'a pas même conscience qu'il bouge. Il n'est traversé, à ce stade, que par des réactions toniques liées aux réflexes archaïques et aux réactions végétatives. Il subit son corps, puisqu'il n'en est pas maître, pas plus que des réponses à ses besoins, que seul l'environnement peut lui apporter.

- Le corps vécu (de 3 mois à 3 ans) : avec la maturation du système nerveux, les stimulations et les réponses adaptées de l'environnement à ses besoins, l'enfant devient peu à peu acteur sur le milieu. Avec la répétition de ses expériences sensori-motrices qu'il transforme en connaissances, il prend conscience de ses contours et de la place qu'il occupe dans l'espace (hauteur, largeur, longueur des membres...) dans l'immobilité et le mouvement. Cela lui permet d'affiner la maîtrise de son corps, d'appréhender ses possibilités motrices, ainsi que l'évaluation des distances le séparant des objets qui l'entourent. Il peut ainsi mieux s'ajuster pour contourner et éviter les obstacles du milieu.
- Le corps perçu (de 3 ans à 7 ans) : cette période est propice aux apprentissages moteurs, appuyés par une meilleure compréhension des sensations et l'amélioration du contrôle du corps. La motricité de l'enfant se perfectionne, les coordinations et l'équilibration se développent, les ajustements corporels et posturaux s'affinent. C'est également le moment où la latéralité se met en place, parallèlement à l'acquisition des repères spatiaux égocentrés, prenant le corps comme référence (droite, gauche, devant, derrière, à côté...).
- Le corps connu (jusqu'à 12 ans) : concomitamment au stade précédent, la perception du corps évolue avec l'accès au langage et le développement intellectuel. L'enfant apprend, nomme et désigne les différentes parties du corps. Cet apprentissage favorise le passage d'une perception globale et un peu vague du corps, à la compréhension des relations topologiques entre les parties, qui ensemble constituent un tout relié. Dans la pratique psychomotrice, l'intégration du schéma corporel s'évalue aussi par la connaissance du vocabulaire relatif aux différentes parties du corps.
- A partir de 7-8 ans, l'enfant accède au corps représenté. Il a désormais une image mentale de son propre corps.

L'évolution du vécu corporel, intrinsèquement liée à la mise en place du schéma corporel, souligne à quel point ce dernier naît de l'interface entre le développement neurophysiologique et les interactions humaines. Si le premier permet à l'enfant d'intégrer la perception et l'organisation segmentaire du corps y compris dans le mouvement, le milieu humain lui permet de développer, grâce à la mise en mots et en sens des adultes, une appréhension réflexive de son propre corps (Golse et Simas, 2008).

Reposant sur l'intégrité de l'équipement neurophysiologique, les apprentissages et l'environnement, le schéma corporel est donc au fondement du développement de la conscience corporelle.

I.5 La conscience corporelle : de la sensation à la représentation

Pour passer de l'éprouvé au représenté, du corps morcelé au corps unifié, l'expérience sensori-motrice joue un rôle fondamental. L'expérience de la sensation constitue le point de départ de la prise de conscience (perception) menant progressivement à l'intégration cognitive (représentation) (D'Ignazio et Martin, 2018).

Les sensations sont à la base de la prise de conscience du corps. Elles président à la construction du schéma corporel, ainsi qu'à l'émergence de la conscience de soi, dans la relation à l'environnement humain. Cet aspect, déjà abordé avec l'approche sensori-motrice de Bullinger, sera approfondi au chapitre II.

Cependant, les sensations ne sont que le point originel du processus menant à la conscience corporelle. Elles n'en sont que l'aspect mécanique, dans le sens où elles réfèrent au corps en tant que réalité organique. Sur le plan neuro-physiologique, la sensation est un fait élémentaire. Elle résulte de l'excitation d'un récepteur sensoriel du système nerveux périphérique, qui déclenche et transmet un potentiel d'action au système nerveux central, au niveau de la zone corticale spécialisée correspondant à sa nature.

L'étape suivante est la perception, elle correspond à l'intégration des sensations. C'est un processus actif, au carrefour :

- Des informations objectives issues de la réalité externe : les différentes informations sensorielles sont intégrées au niveau des aires cérébrales sensitivives associatives, pour offrir une perception polysensorielle globale ;
- Et de données subjectives : une même expérience sensorielle peut en effet être perçue différemment par deux individus, selon la valence que chacun lui accorde. Cette coloration affective s'enracine dans les expériences antérieures et la dimension symbolique attribuée par le milieu socio-culturel, mais dépend également du contexte et de l'état émotionnel du moment. Un état de stress et de tension peut par exemple couper un individu de ses sensations.

Finalement, la perception correspond à la sensation vue, modulée et interprétée par un esprit singulier à un temps t. Pyreire (2011/2021b) en parle comme du « traitement cognitivo-affectif de la sensation » (p.102). Envisagée comme la prise de conscience de la sensation, la perception constitue un début d'élaboration psychique.

Sur le plan neuro-physiologique, la perception guide les réponses motrices et posturales en s'intégrant aux informations du cortex moteur, mais aussi à celles du système limbique, centre des émotions et de la mémoire. La perception a donc un impact sur les réactions tonico-posturo-motrices et l'état émotionnel du sujet.

La représentation est en bout de chaîne, elle se place à l'étage cognitif du processus, celui de l'imagerie mentale. Ce sont les images, idées, souvenirs, croyances... mais aussi les émotions qu'un individu attache aux perceptions, qui inaugurent les représentations qu'il va construire de ses expériences. Les représentations constituent l'appropriation subjective de la perception. Stockées en mémoire, elles peuvent être reconvoquées à souhait. Leur évocation peut suffire à les rendre présentes, de même qu'elles peuvent induire les émotions qui leur sont attachées. Les représentations permettent d'ancrer psychiquement les sensations.

Ainsi, en portant attention aux sensations, nous construisons des perceptions, qui deviendront des représentations. La mise en jeu du corps suscite des images, des pensées et des affects, qui impactent en retour la façon de se tenir ou de se mouvoir. Ces changements d'état, nous l'avons vu précédemment, se traduisent, entre autres, par des variations tonico-émotionnelles. L'étymologie latine du terme « émotion » renvoie d'ailleurs à cette dialectique : « *motio* » signifie « *action de mouvoir* ». Libérer ses émotions au gré de ses perceptions, c'est donc aussi libérer les mouvements de son corps. Nous sommes au cœur de la psychomotricité.

Pour terminer, je me permettrai de reprendre la définition proposée par Gourdon, psychomotricienne, qui reflète assez fidèlement ma conception :

Prendre conscience de son corps, c'est être à l'écoute de ses sensations, dans l'immobilité comme dans le mouvement, les analyser en y prêtant attention, se les représenter et s'en construire des souvenirs ; c'est le comprendre et le connaître dans ses possibilités fonctionnelles et dans ses caractéristiques individuelles, dans l'instant présent et au travers de son histoire, mais aussi des événements futurs et conditionnels, de manière à s'adapter au mieux et à anticiper ses actions. (Gourdon, 2018, p. 85)

I.6 Principaux facteurs à l'origine d'une conscience corporelle entravée

Nous venons de le voir, le passage du corps à la conscience du corps s'opère schématiquement en 3 étapes et compte 2 sous-processus dynamiques : des sensations aux perceptions, et des perceptions aux représentations. Poursuivons dans cette logique pour identifier les principaux facteurs susceptibles de venir entraver la construction de la conscience du corps.

I.6.1 Perturbation du processus sensation-perception

Pour que les sensations puissent devenir perceptions, deux pré-requis semblent nécessaires :

- L'intégrité des organes sensoriels pour saisir les impressions sensorielles ;
- Un traitement opérant de l'influx nerveux, qu'il s'agisse de la remontée du signal sensitif par les voies afférentes du système nerveux périphérique ou du traitement cortico-spinal.

Une anomalie à l'un de ces deux étages peut expliquer une perturbation du processus. Identifions-les brièvement.

Une lésion des organes sensoriels récepteurs entraîne des anomalies, une altération ou une absence d'entrée sensorielle. Le stimulus n'est pas transformé en influx nerveux. Nous sommes dans le cas des déficiences sensorielles, qu'elles soient totales ou partielles. Elles peuvent concerner tous les organes sensoriels et leurs récepteurs. Les conséquences ne sont pas nécessairement du même ordre, selon que la déficience est congénitale ou acquise à la suite d'une pathologie ou d'un accident. Dans le premier cas, le sujet a construit ses repères corporels en l'absence du ou des sens concernés, le handicap en fait partie intégrante. Dans le second, son schéma corporel est remanié en cours de vie, impactant par conséquent la conscience qu'il a de son corps.

Une sensation douloureuse, détectée au niveau des terminaisons libres des récepteurs nociceptifs, peut perturber le schéma corporel d'un individu. Il est en effet fréquent que la partie douloureuse soit sur-investie ou désinvestie. Dans tous les cas, il existe un impact sur le vécu corporel et la conscience du corps.

En outre, le vieillissement, sans être pathologique, s'accompagne souvent d'une altération qualitative des organes sensoriels : principalement la peau (toucher), les yeux (vision), les oreilles (ouïe) et les articulations qui perdent en souplesse avec l'arthrose (proprioception). Il en résulte une diminution des sensations, à l'origine d'une détérioration du schéma corporel et de la conscience du corps. Celle-ci sera encore plus marquée si elle est couplée à une perte d'autonomie diminuant les expériences motrices.

Dans le second cas de figure, c'est le traitement de l'influx nerveux par le système nerveux qui n'est pas efficient. Il peut s'agir d'un problème de transmission de l'influx nerveux le long des fibres sensitives afférentes, ou d'une intégration anormale au niveau des aires sensorielles et associatives. Les étiologies peuvent être variées, nous en citerons simplement quelques-unes :

- La lésion d'un nerf sensitif ;

- Un trouble neuro-développemental à l'origine d'une configuration neuronale non neurotypique ou de particularités sensorielles (hyposensibilité liée à un seuil de perception élevé, hypersensibilité liée à un seuil de perception bas) ;
- Une lésion cérébrale des cortex sensoriel et associatifs consécutive à un AVC, une tumeur, ou toute autre pathologie neurologique, qu'elle soit ou non dégénérative.

1.6.2 Perturbation du processus perception-représentation

À l'autre bout de la chaîne, nous avons le processus qui transforme les perceptions en représentations stables et signifiantes, stockables, et reconvoiables en allant puiser dans la mémoire. Les perceptions se sont normalement constituées, mais leur traitement cognitif est entravé. À première vue, trois principaux mécanismes peuvent être impliqués.

Les deux premiers concernent des individus pour qui les sensations ne font pas sens. L'appropriation des perceptions n'opère pas, ils n'ont pas accès au symbolisme.

Pour certains, l'origine de ce dysfonctionnement est plutôt d'origine psycho-affective, avec comme hypothèse la plus prégnante, la défaillance de l'environnement humain. En l'absence de soins adaptés, l'enfant ne peut accéder à une pensée structurée sur son corps propre et la nature de ses interactions avec le milieu. Ces carences affectives mettent à mal son développement psychique.

Pour d'autres, il s'agit de pathologies psychiatriques à l'origine d'un véritable handicap psychique. Les patients atteints de schizophrénie vivent leur corps comme morcelé, et porteurs d'angoisses archaïques se retrouvent probablement dans ce cas de figure.

Le dernier mécanisme à l'œuvre serait plutôt à relier aux fonctions cognitives, en particulier à la mémoire et l'attention, mais aussi aux fonctions instrumentales (gnosies* et praxies*). Nous retrouvons donc toutes les démences et autres pathologies du vieillissement portant atteinte à la mémoire, mais aussi des troubles neuro-développementaux, tels que le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) et les Dyspraxies.

Conclusion du chapitre I

Dès la naissance, le corps du bébé est immergé dans un bain sensoriel qui va jouer un rôle fondamental pour la prise de conscience de son corps. Les stimulations sensorielles, sorte d'interface entre le monde interne du bébé et le monde extérieur, se coordonnent avec le système moteur, tout au long du développement psychomoteur. En intégrant ses expériences sensori-motrices, l'enfant construit des perceptions, qui vont à leur tour être interprétées en lien avec les émotions qui émergent, et former des représentations. L'ensemble des étapes

de ce processus conditionne la mise en place de la conscience du corps, la connaissance des objets de l'environnement et les interactions entre les deux. Dès lors, en lien avec les capacités rendues possibles par la maturation neurologique, l'enfant pourra instrumer son corps et entrer en relation avec son environnement, tant matériel qu'humain. Cette possibilité d'agir sur le monde et d'en être conscient lui permet d'accéder au statut de Sujet. Je l'ai nommée *Conscience de Soi*.

II En route vers la Conscience de Soi, dans le regard de l'autre

Nombre de théories traitent du développement psychique de l'enfant et des mécanismes régissant le processus de subjectivation. Loin de pouvoir toutes les présenter, nous retiendrons celles qui semblent les plus pertinentes dans le cadre de notre réflexion. Elles ont en commun d'ancrer le processus de subjectivation, à la fois dans le corps et la relation à autrui. Par ailleurs, elles mettent toutes en œuvre des notions clés pour la psychomotricité : le tonus et le dialogue tonico-émotionnel, les sensations, en particulier le toucher avec la peau, les interactions précoces et l'importance du milieu humain, ainsi que la symbolisation.

II.1 L'étaillage psychomoteur

Dans une perspective développementale, Robert-Ouvray (2010) conçoit l'articulation entre le corps et la psyché de l'enfant en termes d'intégration motrice. Avec la théorie de l'étaillage psychomoteur, elle postule que c'est à partir de son vécu sensoriel et de ses expériences corporelles dans la relation à l'autre, que l'enfant construit sa psyché. Le tonus y joue un rôle d'agent intégratif des sensations, mais il assure également les fonctions de clivage*, projection* et introposition*. Elle désigne ce processus intégratif sous le nom de « TSAR » (Tonus–Sensations–Affects–Représentations).

Robert-Ouvray (2007) construit son approche sur l'idée que le bébé s'appuie sur son clivage tonique primitif pour organiser son monde psychiquement. Il traite tous les événements selon ce filtre, sur les quatre niveaux précités, dans une perspective d'étaillage. Ainsi, à la naissance, le corps de l'enfant s'organise autour de sa bipolarité tonique : à l'hypotonie axiale s'oppose l'hypertonie périphérique. Au niveau sensoriel, la détente de l'hypotonie s'associe au mou du relâchement, tandis que la tension interne de l'hypertonie s'associe au dur. Au niveau affectif, le mou va être relié à l'agréable, et le dur au désagréable. Enfin, du point de vue des représentations, le mou deviendra le bon et le dur le mauvais. Dans ce clivage à quatre niveaux, l'alternance des extrêmes va permettre au bébé de supporter les contradictions, au

cours des premiers mois de sa vie. C'est un mécanisme de défense pour son psychisme immature.

Grâce à son hypertonicité primaire, le bébé se constitue une véritable enveloppe tonique. Cette projection assure une « fonction pare-excitatrice interne » (Robert-Ouvray, 2007, p. 165) en l'aidant à gérer ses frustrations (absence de la mère, faim...). L'hypotonie axiale, associée aux sensations agréables apportées par les soins maternels (détente, mou, chaleur des bras de la mère) lui permet d'introjecter les qualités de la mère. L'axe corporel, lieu privilégié de cette introjection du bon objet, deviendra « *la base de la sécurité interne* » (Robert-Ouvray, 2007, p. 171), ouvrant au sentiment de confiance en soi et en l'autre.

Grâce à l'ajustement tonico-affectif et à la faculté maternelle d'interpréter les besoins de l'enfant, celui-ci peut progressivement s'organiser psychiquement. Après une phase marquée par un psychisme primaire où les quatre niveaux s'entremêlent, il parvient à un psychisme plus élaboré où les niveaux sont traités distinctement en s'étayant les uns sur les autres. Bientôt, l'enfant accède à des positions intermédiaires entre les pôles opposés, il parvient à intégrer ses sensations et à vivre ses émotions, sans pour autant se désorganiser.

Sur le plan tonique, la diminution de l'hypotonie axiale et de l'hypertonie périphérique, liée à la maturation du système nerveux central, donne accès à une ambivalence tonique. Celle-ci permet à l'enfant d'accéder à des sensations intermédiaires, ni complètement dur, ni complètement mou, qui favoriseront l'intégration de ses limites corporelles. Sur le plan affectif, il connaîtra des phases d'éveil calme, au cours desquelles il aura la capacité de rester seul sans éprouver ni colère ni joie. Enfin, sur le plan des représentations, il s'éprouvera comme étant à la fois le bon moi (lorsqu'il est rassasié) et le mauvais moi (lorsqu'il a faim), et comprendra que la bonne mère (celle qui répond à ses besoins) et la mauvaise mère (celle qui s'absente) ne sont qu'une seule et même personne. Cette intégration unificatrice l'amènera à se différencier de sa mère, dans un processus de séparation-individuation. « Par étayage, les différentes parties du Moi s'assemblent et se coordonnent en une unité. » (Robert-Ouvray, 2007, p. 83) « L'enfant vit alors sa première expérience d'un soi global sans médiation » (Robert-Ouvray, 2007, p. 83). C'est le début de sa vie en tant que sujet, distinct de sa mère.

II.2 La fonction maternelle contenante

En psychanalyse, le concept de contenance fait référence à la capacité d'un sujet à recevoir les identifications projectives d'une autre personne, à en faire l'expérience et à s'en servir en tant que communication, à les transformer et les renvoyer au sujet sous une forme modifiée (Bronstein et Hacker, 2012).

A ce titre, si la fonction contenante est fondamentale pour comprendre les relations précoces mère-enfant, elle l'est tout autant pour comprendre le développement psychique de

l'enfant. Elle évoque l'idée de support, de soutien, et permet au bébé de faire l'expérience de lui-même comme un tout unifié et cohérent.

Précisons que la notion de « mère » n'est pas réductible à la mère biologique. Elle est à entendre comme la « mère environnement », la figure maternelle. Il s'agit d'une personne ou plus généralement de l'entourage humain du nourrisson, qui lui apporte les soins nécessaires à sa survie et son développement. C'est en ayant cette signification en tête qu'il faut lire les développements qui suivent.

II.2.1 D'un état de non-intégration au sentiment continu d'exister

À la naissance, le bébé reste démunis face à des sensations encore jamais expérimentées pendant la vie intra-utérine. La mise au monde s'accompagne de l'exposition à la pesanteur, à des luminosités et sons nouveaux, des odeurs inconnues, etc... Plus encore, le nourrisson se retrouve dans un espace ouvert, après avoir été contenu pendant 9 mois à l'intérieur des parois utérines. Amas de sensations brutes, il est dans ce que Winnicott (1969) nomme un « état de non-intégration », incapable de se représenter psychiquement les sensations corporelles qui le submergent. Il n'a pas la possibilité immédiate de distinguer un intérieur et un extérieur, un moi et un non-moi. Pour l'auteur, c'est l'environnement primaire qui va lui permettre d'intégrer les différentes sensations. Il lui accorde en effet une place prépondérante dans le développement et les mécanismes psychiques de l'enfant. Il met en particulier en avant l'aspect primordial des soins maternels adéquats, seuls garants pour lui de la bonne santé psychique du bébé.

Winnicott (1992) souligne l'unité qui lie le bébé à sa mère dans les premiers mois de sa vie. Ils sont dans une relation fusionnelle guidée par une identification réciproque, qualifiée d'identification primaire. Si le nourrisson a le sentiment de ne faire qu'un avec sa mère, celle-ci est, de son côté, dotée de compétences innées qui lui confèrent une intuition concernant les besoins et les désirs de son enfant. L'essentiel de ses pensées est tourné vers le confort et le bien-être de son enfant, elle est aux menus soins pour lui. C'est ce que Winnicott (1956) désigne par la préoccupation maternelle primaire. À ses yeux, une « mère suffisamment bonne » est une mère qui « sent » suffisamment son petit pour pouvoir s'adapter et répondre à ses besoins de manière ajustée.

La phase de dépendance absolue du nourrisson lors des premiers mois de sa vie, caractérisée par cet état particulier d'attention, d'accordage et d'ajustements réciproques au sein de la dyade mère-enfant, évoluera progressivement vers la dépendance relative, puis l'indépendance. Ce processus, en relation avec la différenciation objectale, nécessite pour la mère, de s'adapter aux transformations des besoins de son enfant en s'éloignant. Ce n'est pour Winnicott, qu'à cette condition que l'enfant pourra devenir un « individu sain ».

Le concept d'individu sain (Winnicott, 1988) repose sur 3 notions essentielles décrivant la manière dont une mère suffisamment bonne prend soin de l'enfant : le holding, le handling et l'object presenting.

Le holding fait référence à l'environnement qui contient. Plus précisément, il désigne la manière dont la mère porte son bébé physiquement et psychiquement. Il s'agit de sa capacité à contenir les angoisses du bébé sur le plan physique, en le portant dans les bras, le berçant, le câlinant... mais également sur le plan psychique, par l'attention dirigée qu'elle lui porte, sa capacité à l'avoir en tête, à penser ses émotions, à interpréter le sens de ses pleurs.... Par cette double tenue, la mère se laisse choir dans l'état de préoccupation maternelle primaire, avec la possibilité de s'identifier à l'enfant, de se représenter ce dont il pourrait avoir besoin. Il s'agit donc d'une projection, la mère imagine et interprète les émois de son enfant.

Le handling fait référence aux soins prodigues à l'enfant dans le quotidien, pour le laver, le changer, l'habiller ou encore le nourrir... Bien qu'il renvoie à une dimension plus pratique et plus active que le holding, il fait partie intégrante de la tenue, car c'est bien la manière de penser le soin et de le réaliser qui compte, c'est l'intention plus que l'acte en lui-même. Pour Winnicott, il inclut le plaisir et permet à l'enfant de commencer à sentir que son corps est lui-même. Le handling permet au bébé de se constituer une enveloppe, une « peau » dira plus tard Anzieu, sur laquelle va s'étayer la constitution de son moi.

Enfin, avec l'objet presenting, l'enfant pourra sortir de cet environnement primaire, se décoller progressivement de sa mère et aller à la découverte du monde. Pour Winnicott, c'est la fonction paternelle qui joue ce rôle essentiel en permettant d'évoluer d'une position de dépendance absolue à une phase de dépendance relative. Il précisera qu'un environnement contenant inclut nécessairement le père, ce dernier permettant à la mère d'avoir d'autres occupations et ainsi de s'éloigner de son enfant.

Grâce à la contenance du holding et du handling, la mère offre à son bébé des stimulations sensori-motrices nombreuses et variées, qui vont contribuer à son développement psychomoteur et psycho-affectif. Par sa préoccupation maternelle primaire et son identification à lui, elle assure une fonction pare-excitatrice, à l'origine d'une enveloppe qui le protégera du monde extérieur et contribuera à l'émergence d'un soi écologique. Ce processus d'individuation avec la distinction du soi (son corps ressenti à l'intérieur) et du non soi (l'objet situé à l'extérieur), signera l'émergence d'un « *je suis* » entouré des bras. Progressivement, grâce à la continuité des soins, pourra advenir une représentation unifiée de son corps, qualifiée par le « sentiment continu d'exister », mais également une sécurité intérieure suffisante. Ce sera alors le temps du « *je suis seul* », qui signe une maturité affective et témoigne du fait que l'enfant aura intériorisé sa mère comme suffisamment bonne grâce à sa disponibilité et son adaptation à ses besoins. La capacité d'être seul (Winnicott, 1958), en

présence de l'autre, lui permet de se contenter de contacts moins continus et de s'éloigner progressivement pour aller explorer le monde qui l'entoure. La construction de cet espace potentiel, avec la mise en jeu de l'« objet transitionnel » (Winnicott, 1961) lui donnera la capacité d'intégrer davantage ses expériences et de développer le sens du « Je » et du « Moi ». En termes winniciens, c'est le « self [qui] apparaît donc comme le fruit d'une coconstruction de la dyade ou de la triade » (Golse et Simas, 2008, p. 132). Il signe le sentiment d'existence individuelle, d'autonomie, et d'habitation de la psyché dans le corps. L'enfant a développé la conscience de soi.

II.2.2 De l'émotion à la pensée

Dans sa théorie sur la construction précoce du psychisme de l'enfant, Bion (1962), psychanalyste anglais du 20ème siècle, s'appuie sur le mécanisme de l'identification projective, pour expliquer la capacité du nourrisson à rejeter les ressentis de déplaisir comme la frustration ou la douleur. Cette projection vers l'extérieur va être déterminante dans la structuration de l'appareil psychique, notamment dans sa « capacité à penser ».

Nous nous appuierons sur l'analyse de Hochmann (2011) qui rappelle la pensée de Bion. Ce dernier postule qu'à la naissance, le bébé n'a pas de pensée, mais seulement des éprouvés corporels qu'il projette dans le psychisme de sa mère. Ce sont les « éléments β », définis comme des « choses en soi », des impressions et expériences sensorielles désagréables et non intégrées, des ressentis corporels non assimilables en l'état par le psychisme immature de l'enfant. Pour le devenir, ces éléments bruts doivent être reconnus et recueillis par la mère qui va les faire transiter par son psychisme pour les transformer en affects moins violents. Ainsi transformés en « éléments α », ils peuvent être renvoyés dans le psychisme de l'enfant. Les éléments α sont des impressions sensorielles mises en image, en pensées ou en mots, métabolisés par le psychisme de la mère. Devenus pensables pour l'enfant, ces éléments se lient entre eux pour former une « barrière de contact », séparant les fantasmes et émotions d'origine interne des perceptions de la réalité.

Bion nomme « fonction α » ce processus qui permet l'émergence de contenus de pensées. C'est la mère qui, dans un premier temps, remplit cette fonction. Pour ce faire, elle use de sa « capacité de rêverie » en donnant du sens aux expériences corporelles du nourrisson, en mettant des mots sur son vécu, sans pour autant se laisser prendre dans la détresse de l'enfant, précise Bion. En apportant une réponse adéquate à ses manifestations de tension intérieure, la mère relie les éprouvés corporels de l'enfant à leur objet de satisfaction. Peu à peu, l'enfant intérieurise cette activité de liaison assurée par la mère et construit sa propre fonction α . Une fois en place, celle-ci prendra le relais du psychisme

maternel. Devenu capable de penser, l'enfant peut effectuer seul le travail de transformation et relier lui-même des éléments psychiques les uns avec les autres.

Ainsi, en assurant le passage de l'expérience sensorielle et corporelle dans le psychisme de l'enfant, la fonction α permet de constituer non seulement sa machine à penser, mais aussi le socle de son psychisme. En effet, tous les éléments α intégrés au psychisme, après traduction du monde extérieur vont, en formant la barrière de contact, permettre à l'enfant de différencier petit à petit les perceptions qui viennent de l'intérieur de celles venant de l'extérieur. C'est par l'introjection de la fonction maternelle contenante menant à la certitude d'un espace à l'intérieur, que la constitution de cette enveloppe est rendue possible (Decoopman, 2010). Pour Bion, c'est ce rôle dynamique que joue la « peau mentale », fonction organisatrice des éléments du psychisme entre eux.

Pour conclure sur la pensée de Bion, je soulignerai l'importance de la fonction α à l'égard de notre propos. En transformant les impressions de sens brutes sous une forme mentale d'expérience corporelle, la fonction α amène l'enfant à pouvoir lui-même intégrer et donner du sens à ses éprouvés. À ce titre, elle contribue au développement de sa conscience corporelle. Plus encore, en menant à la constitution d'une enveloppe psychique, elle participe au processus d'individuation, à l'origine de la conscience de soi.

II.2.3 Du Moi-corps au Moi-psychique

Intéressons-nous à la pensée freudienne, dont l'originalité réside dans le fait qu'elle n'est ni totalement moniste, ni totalement dualiste, mais un peu des deux tout à la fois. Freud tend à placer le soma et la psyché dans une unité qui, bien qu'elle soit divisée à l'intérieur d'elle-même, se maintient au travers des liens entre les différentes parties.

Freud désigne par « topique » cette conception dynamique de la géographie du système psychique : il y définit plusieurs espaces, ainsi que les mouvements qui s'opèrent entre eux. Il développe deux géographies successives, qui sans s'exclure, traduisent l'évolution de sa pensée. La première topique (Freud, 1900, cité par Freud, 2003) place au cœur de l'organisation psychique les concepts de « conscient, préconscient, inconscient ». La seconde, théorisée dans le « Ça et le Moi » (Freud, 1923, cité par Freud, 2010), définit trois instances psychiques sur lesquelles nous allons nous attarder.

Le *Ça*, régi par le principe de plaisir sans lien avec la réalité, est un espace lié aux désirs et forces pulsionnelles refoulées. Le *Surmoi* est l'instance psychique issue du complexe d'Œdipe. Elle correspond à l'intériorisation de l'interdit de l'inceste, des lois et des normes sociales : c'est le juge censeur, la conscience morale. Enfin, le *Moi* est une partie du *Ça* qui s'est structurée au cours du développement infantile, au contact de la réalité extérieure. Le *Moi* tente de trouver des compromis entre les pulsions du *Ça*, qui réclament satisfaction, et les

interdits du *Surmoi*. Il correspond au siège de la personnalité.

Freud (1923/2010) pose d'emblée l'affirmation suivante : « Le Moi est avant tout corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais la projection d'une surface. » (p. 270) Le *Moi* dérive donc du corps, en tant que premier mode de contact du bébé avec le monde extérieur. Il est à la fois une projection mentale de la surface du corps, et la surface de l'appareil psychique (Porret, 2000).

Pour Freud, le corps est à l'origine de toutes les pulsions, qu'il relie aux besoins humains. En le plaçant à l'origine du *Moi*, il donne, au regard de la théorie psychanalytique, une place prépondérante aux principes de plaisir et de déplaisir dans la construction psychique du sujet.

À la naissance, le psychisme de l'enfant n'est qu'une boule de *Ça*, et seule la mère figure le monde extérieur. L'enfant ne peut pour autant pas l'appréhender comme tel, car mondes externe et interne ne font encore qu'un. Mais grâce à la relation « corps à corps » qu'il entretient avec sa mère, un « moi corporel embryonnaire » va pouvoir se différencier (Porret, 2000, p. 29). Celui-ci se construit à partir de la projection des sensations corporelles, investies prioritairement au niveau des zones érogènes. De fait, il est d'abord discontinu, tel un puzzle corporel.

Le narcissisme primaire marque la période de la construction psychique où l'enfant est dans une autosuffisance illusoire, facilitée par l'indifférenciation du Moi et du non-Moi. Il se prend comme premier objet d'amour et investit toute sa libido sur son corps propre (auto-érotisme). Il se satisfait d'abord d'objets partiels selon les zones érogènes investies pulsionnellement, puis accèdera à la satisfaction totale une fois les pulsions réunifiées. Cette étape permet à l'enfant d'intégrer son corps propre comme uniifié. Elle est indispensable pour aller vers un début de différenciation.

En grandissant, l'enfant acquiert la capacité de se distinguer des objets extérieurs et de les investir dans la relation. La confrontation au principe de réalité lui permet de constituer progressivement son « Moi psychique ». Avec la résolution du complexe d'Œdipe et l'entrée dans le narcissisme secondaire, il peut désinvestir l'objet et revenir à l'amour de soi. Il devient réellement sujet et peut s'autonomiser. L'énergie de la libido commence à se répartir entre le Moi et les objets extérieurs. L'enfant peut alors parvenir à s'aimer autant lui-même qu'autrui, au travers de la relation dont il tire des bénéfices. Le Moi est définitivement constitué.

Les activités de représentation, à l'origine de la constitution du *Moi*, s'enracinent dans la relation objectale ayant donné lieu à un moment donné à une source de satisfaction. Partant de ce constat, Porret (2000) propose une analyse du lien entre le Moi corporel et le processus de subjectivation, au regard de la fonction subjectalisante de l'objet maternel. Il en rapporte

deux axes. Le premier concerne le soma. L'objet maternel, depuis la naissance, stimule, par ses soins, les zones corporelles érogènes de l'enfant. En cela, elle influe sur « l'ancrage originale des pulsions dans le ça » (Porret, 2000, p. 30). Le second est en lien avec le monde extérieur. En partant du principe que « tournée autant vers le monde intérieur qu'extérieur, le moi corporel est l'instance avec laquelle s'établit le statut de sujet percevant » (Porret, 2000, p. 30), l'objet maternel aura la responsabilité de conforter l'enfant sur ses perceptions, tant externes qu'internes, et d'y mettre du sens.

II.3 Des enveloppes corporelles aux enveloppes psychiques

Nous l'avons vu à plusieurs reprises, toute activité psychique s'origine sur une activité biologique du corps en tant que réalité matérielle. C'est dans cette perspective, et à partir des fonctions de la peau, qu'Anzieu (1985/2006) fonde le concept du Moi-peau. Il le décrit comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoce de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (Anzieu, 2006, p.61).

La peau, en enveloppant complètement le corps, permet d'aller du tact aux enveloppes psychiques. Ainsi, le Moi-peau (Anzieu, 1985/2006) découle des expériences précoce significatives de l'enfant, qui se fondent sur ses sensations et ressentis. C'est le rassemblement de ces expériences sensori-motrices, qui amènera l'enfant à différencier le Moi du non Moi. Le champ sensori-moteur est donc au premier plan, tant au niveau des éprouvés que du partage d'affects, pour passer du moi corporel au moi psychique. Ces expériences précoce reposent dans un premier temps sur la fusion entre la mère et le bébé, et l'existence d'une peau commune entre eux. La qualité de cette peau commune dépend de la qualité des soins maternels et de la satisfaction donnée à la pulsion d'attachement. Bowlby (1978, cité par Dugravier et Barbey-Mintz, 2015) nous explique que l'attachement augmente avec l'éloignement et la possibilité de revenir à sa base de sécurité représentée par la figure maternelle. Cette formation intermédiaire entre la mère et son bébé devra donc trouver une ouverture vers l'extérieur, pour permettre à l'enfant de constituer sa propre peau, à l'origine du processus de différenciation. Anzieu (1985/2006) rejoint la pensée de Winnicott (1958) autour de la capacité à être seul en présence de l'autre, en laissant l'enfant se détourner du sein maternel.

Le Moi-peau s'étaye sur trois fonctions de la peau : « le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein » (Anzieu, 2006, p. 61) issus des soins maternels ; l'interface, qui délimite le dedans et le dehors, assurant un rôle de barrière protectrice contre les agressions extérieures ; et enfin la fonction de communication, qui inscrit les traces laissées par les

expériences relationnelles signifiantes. Ainsi, la peau sépare notre monde interne du monde externe.

Pour Anzieu, le Moi se constitue d'abord à partir de l'expérience tactile, donc de la peau. Le Moi-peau permet de créer une enveloppe narcissique, avec la certitude et la constance d'un bien-être (Anzieu, 1985/2006). Il va plus loin en postulant que la pensée est *dans* l'expérience corporelle. Pour lui, la peau est première dans le fondement corporel de la psyché à travers l'expérience d'être contenu. Cette enveloppe, en instaurant une limite entre le dedans et un dehors permet l'intériorisation et la mémorisation des expériences vécues, conférant à l'enfant la possibilité d'avvenir en tant que sujet pensant. La sensibilité épiceritique de la peau, précise et discriminative, devient alors organisatrice du Moi mais aussi de la pensée.

Ainsi, sur la base des fonctions de la peau, Anzieu (1985/2006) décrit huit fonctions du Moi-peau :

- Maintenance par l'intériorisation du holding maternel, qui permet l'identification à un objet support et le maintien du fonctionnement du psychisme ;
- Contenance, par l'intériorisation du handling maternel, qui permet à l'enfant d'acquérir le sentiment de la continuité de soi ;
- Pare-excitation, tant interne qu'externe ;
- Individuation de soi, liée au sentiment d'être un être unique ;
- Inter-sensorialité : la surface psychique, en reliant les différentes sensations de l'enveloppe tactile, constitue la toile de fond qui permet de créer des interconnexions sensorielles, aboutissant alors à la constitution d'un « sens commun » ;
- Soutien de l'excitation sexuelle, grâce à l'investissement libidinal de la peau du bébé par sa mère ;
- Recharge libidinale du fonctionnement psychique, en réponse aux stimulations du tonus sensori-moteur de la peau, la libido est réinvestie ;
- Inscription des traces sensorielles de la peau, renforcée par l'environnement maternel et surtout par la présentation des objets extérieurs au bébé.

Toutes les fonctions énoncées n'occupent pas la même place au regard du sujet que nous traitons. Nous retiendrons que le Moi-peau, en assurant le passage de l'enveloppe corporelle (la peau) à l'enveloppe psychique, donne au sujet la possibilité de s'instituer comme sujet pensant. Qui dit sujet pensant, dit sujet en chemin vers la construction de son identité.

Conclusion du chapitre II

D'après Lesage (2015) : « Le bébé qui finalement se pose debout et se saisit toniquement, a, en commençant à construire son corps, également posé les fondements de son identité. » (p. 19) Il poursuit en indiquant que cette mise en forme de l'identité est à entendre comme la capacité d'être et de se percevoir comme « entité stabilisée dans le temps et l'espace » (Lesage, 2015, p. 19).

Les théories parmi lesquelles nous avons navigué abondent dans ce sens. Elles tendent également à confirmer que c'est par le truchement d'un environnement humain contenant, que l'intégration et la mise en forme du corps permettent de construire la perception des limites et le sentiment de continuité d'existence. Nous sommes à l'étage de la *Conscience de soi*, reflet de l'individuation du sujet pensant, acteur du et sur le monde. Empli du sentiment de sa permanence, et fort de sa maîtrise progressive du langage, il pourra poursuivre son cheminement, explorer encore davantage le monde qui l'entoure, se nourrir des interactions humaines de plus en plus riches et variées, entrer dans les apprentissages, mettre à jour un intérêt accru pour certaines activités, ou encore développer des compétences spécifiques dans un domaine particulier, etc...

Ainsi, en prenant corps dans la *Conscience de soi*, son identité pourra advenir.

III L'identité

III.1 L'identité psychocorporelle : le versant image du corps

Issue de la psychanalyse, l'image du corps est un concept psychanalytique qui occupe une place centrale en psychomotricité. Représentation subjective, elle traduit le rapport affectif qu'un individu entretient avec son corps.

C'est Schilder (1968) le premier qui introduit le terme « image du corps », qu'il définit comme « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-même » (p. 35). Bien qu'il entretienne un flou terminologique entre image du corps et schéma corporel⁶, il place l'image du corps du côté émotionnel et relationnel, porteuse « des empreintes caractéristiques de tous les aspects de la vie » (Schilder, 1968, p. 226). Pour Schilder, l'image du corps est donc unique et personnelle, en évolution permanente. Elle est étayée par les relations à l'autre, et en particulier par les relations précoces avec l'objet maternant.

⁶ Se reporter au paragraphe I.4.1 « Le schéma corporel »

Comme nous l'avions évoqué plus tôt, Dolto (1984) dessine un virage en introduisant une scission nette entre image du corps et schéma corporel. En reléguant le schéma corporel à l'aspect matériel et physiologique du corps⁷, l'image du corps en devient la part inconsciente. Pyreire (2021b) la cite : « L'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire » (p. 40), et plus loin : « L'image est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines..., archaïques ou actuelles » (p. 40). Pour Dolto, cette « image inconsciente du corps » est donc dynamique et s'ancre dans les fantasmes de la prime enfance. Refoulée dans l'inconscient à la sortie de l'Œdipe, elle conserve les traces du développement affectif de la période archaïque. Éminemment inconsciente et en constant remaniement, elle est donc intimement liée au narcissisme et à la vie relationnelle.

Pyreire (2011/2021b) propose une autre terminologie, plus exhaustive, pour l'image du corps. Il parle d'« image composite du corps ». Avec ce concept, il revient sur la conception tranchée qui distingue le schéma corporel et l'image du corps. Pour lui, le schéma corporel devient une sous-composante de l'image composite du corps. Constituée de six sous-composantes, l'image composite du corps se construit pendant la période de l'archaïque⁸ et laisse des traces mnésiques inconscientes. Il s'agit de :

- La peau, à la fois dans sa forme physique et sa fonction psychique d'enveloppe, renvoie à la notion du Moi-peau d'Anzieu, développée précédemment. La peau se transforme en enveloppe lorsque l'enfant, étayé par son entourage, arrive à surmonter ses angoisses corporelles archaïques et instrumente ses systèmes sensori-moteurs (au sens de Bullinger). Elle est à l'origine de la subjectivité ;
- La représentation de l'intérieur du corps cible le contenu solide et permanent du corps, grâce à l'ossature en général, et à l'axe corporel en particulier ;
- Le tonus, en conservant la trace psychique des premières expériences relationnelles, impacte la construction du corps. Pour Robert-Ouvray (2007), il est d'ailleurs, de la naissance jusqu'aux derniers jours, « notre baromètre et notre carte d'identité psychocorporelle » (p. 45).
- La sensorialité repose sur le traitement psychique des sensations et émotions, qui deviennent perceptions et sentiments. Directement liée à la sensibilité somato-viscérale, elle s'apparente à l'idée du schéma corporel ;
- Les compétences communicationnelles du corps sous-tendent la notion de dialogue tonico-émotionnel⁹. Les émotions (ou sentiments lorsqu'elles deviennent des perceptions

⁷ Se reporter au paragraphe I.4.1 « Le schéma corporel »

⁸ L'archaïque est entendu ici comme la période comprise entre la naissance et le complexe d'Œdipe

⁹ Se référer au paragraphe I.2.4 « Le dialogue tonico-émotionnel »

conscientes d'après Damasio (2021)¹⁰) reflètent l'état intérieur du corps et se traduisent par une impression générale de bien-être ou mal-être. Ce vécu interne impacte notre manière d'être au monde, et se communique via le dialogue tonique ;

- Les angoisses corporelles archaïques font partie du développement normal de l'enfant, et disparaissent en théorie au moment du complexe d'Œdipe. Mais chacun de nous en garde des traces inconscientes, qui peuvent être réactivées à l'occasion d'un vécu douloureux ou traumatisant. Les quatre plus importantes sont le morcellement, l'effondrement, la liquéfaction, et la dévoration. Pour Pyreire (2021c), elles se traitent dans la contenance physique et psychique, à la fois dans l'engagement corporel, dans la parole et l'écoute. Leur prise en compte est indispensable pour soigner l'image du corps en psychomotricité.

L'image composite du corps permet de faire tenir ensemble les concepts d'image du corps et de schéma corporel. Rien d'étonnant qu'un psychomotricien en soit à l'initiative, tant leur influence réciproque est palpable dans la clinique psychomotrice.

Pyreire déclare d'ailleurs : Dans ces conditions, vouloir séparer schéma [corporel] et image [du corps] revient à vouloir ôter à la posture (ensemble des angles articulaires) ce qui la transforme en attitude (message véhiculé par la posture). C'est vouloir séparer le corps et le psychisme. Mission impossible. (Pyreire, 2021b, p. 5)

De plus, les travaux de Pyreire (2011/2021b) offrent un cadre de référence concret aux psychomotriciens pour identifier et travailler les aspects fragilisés de l'image du corps. Bien qu'il n'existe pas encore d'outil permettant d'évaluer chaque composante, le psychomotricien, par la lecture du corps vécu et du corps émotionnel de ses patients, doit probablement pouvoir s'en forger une opinion.

Lorsque je réfléchis à l'articulation entre image du corps et schéma corporel, les propos suivants, prononcés par l'une de mes enseignantes, me reviennent systématique en tête : « L'image du corps murmure quelque chose à l'oreille du schéma corporel, qui se traduit dans notre motricité et notre gestualité, et dans le champ lexical que nous utilisons pour parler de notre corps. Le schéma corporel est donc l'interprète de l'image du corps ». Cette formulation marque bien le lien indissociable entre schéma corporel et image du corps, ce lien qui m'a semblé si évident lorsque j'ai rencontré les patients qui font l'objet de ma réflexion dans ce travail, et que Pyreire (2011/2021b) a réussi à modéliser.

L'image du corps est donc notre carte d'identité psychocorporelle. Elle n'est pas l'identité, mais elle y contribue. Abordons désormais l'identité.

¹⁰ Se référer à la Partie 3 : Discussion, paragraphe I.3 « Fondement neuroscientifique : de la conscience corporelle au sentiment de soi »

III.2 L'identité, une notion multiple

La littérature sur la question identitaire est foisonnante. L'identité est une notion difficile à appréhender, tant elle se trouve à la croisée des chemins de plusieurs disciplines : sociologie, psychologie, philosophie et même biologie. Chaque discipline amène un regard différent en référence aux concepts qu'elle manipule. La présentation qui suit ne se veut pas exhaustive, elle a pour simple ambition de tenter une synthèse des approches qui pourront éclairer les développements ultérieurs de la discussion.

L'identité d'un individu se construit sur la base de l'ensemble des composantes de sa réalité, en lien avec son environnement : sa famille, sa culture, son école, son environnement professionnel, ses pairs, etc... Elle résulte donc d'un processus dynamique qui s'inscrit dans la relation à autrui.

Pour le philosophe et sociologue Mucchielli (2009), « aucune science ne peut définir "l'identité totale" d'un acteur » (p. 15), tant l'identité est plurielle selon le contexte utilisé pour la définir. Elle est aussi toujours en transformation puisque les contextes qui lui confèrent une signification évoluent eux-mêmes. Elle résulte d'un ensemble de processus personnels que les interactions avec autrui font évoluer.

Ainsi, il pose d'emblée : « L' "identité totale" reste virtuelle. » (Mucchielli, 2009, p. 15)

L'ethnopsychiatre Devereux (2009/2019) aborde la question de la construction de l'identité en distinguant trois niveaux : l'existence (conscience d'être quelque chose), l'identité (conscience d'être une personne) et l'individualité (identité en action). L'individualité est la forme aboutie de l'identité, c'est celle qui se manifeste dans les comportements, fruit d'une différenciation unique. C'est elle qui concerne notre propos ici. Nous la désignerons par « identité totale ». Devereux (2019) la définit comme « un produit de la différenciation par enrichissement – par l'accumulation de traits significatifs, dont la juxtaposition, l'arrangement systématique constitue une structure » (p. 30). L'identité totale résulte donc d'un processus de différenciation, elle est constituée d'un ensemble d'éléments distincts et relève de caractéristiques hétérogènes. Considérées individuellement, ces caractéristiques peuvent relever de plusieurs individus. C'est la juxtaposition de ces caractéristiques apportant des précisions multiples, leur combinaison unique pour un individu, qui définit son identité.

III.2.1 Identité objective, identité subjective

« L'identité marque la différence, autant que la ressemblance. Telle est, d'entrée de jeu, son ambiguïté. » (Drouin-Hans, 2006, p. 17)

En philosophie, l'identité est considérée comme un ensemble de caractéristiques permettant d'identifier une entité. Ces caractéristiques peuvent être propres à l'entité ou

partagées avec d'autres entités (Juskenaite et al., 2016). Décliné dans le champ de la psychologie sociale, ce concept nous amène à envisager l'identité sous deux angles : l'identité personnelle et l'identité sociale.

Dès 1968, Erikson en donne une première définition : Le sentiment conscient d'avoir une identité personnelle est basé sur deux observations simultanées : la perception de l'unité de soi et de la continuité de sa propre existence dans le temps et l'espace, et la perception du fait que les autres reconnaissent son unité et sa continuité. (Erikson, 1968, p. 50, cité par Kunnen et Bosma, 2006, p. 2).

Ainsi, l'identité d'un individu se définit par la reconnaissance de ce qu'il est, par lui-même ou pour les autres. Elle inclut donc fondamentalement la problématique du rapport à autrui.

L'identité sociale ou objective englobe tout ce qui permet d'identifier un individu de l'extérieur, elle rassemble les caractéristiques qui lui donnent une appartenance à un groupe. Elle traduit sa position dans un contexte socio-culturel donné, et son appartenance à différentes catégories. L'identité sociale relève donc d'une démarche taxonomique.

Elle découle du fait que tout individu vivant en société se voit attribuer des rôles sociaux, dans le cadre de ses interactions avec d'autres individus ou groupes. Ces caractéristiques peuvent être plus ou moins nombreuses, plus ou moins marquées selon le contexte social du moment. Elles s'acquièrent d'abord au sein de la famille, puis des pairs, jusqu'à s'étendre à des groupes plus larges. Pour Tajfel et al. (1971, cité par Juskenaite et al., 2016), la nécessité de l'identité sociale repose sur deux raisons : celle de pouvoir catégoriser son propre environnement social, pour en faciliter le traitement et les interactions ; ainsi que celle de s'enrichir soi-même et d'obtenir la reconnaissance d'autrui de la valeur de sa propre existence.

Ainsi, déjà dans son versant objectif, l'identité est multiple, puisqu'elle se dit toujours d'un certain point de vue. Elle dépend du contexte social dans lequel le sujet se trouve à un instant donné : âge, nationalité, religion, niveau d'éducation, statut marital, nombre d'enfants, métier, loisir, citoyen... De nos jours, avec l'allongement de la durée de vie et la généralisation des outils de communication dématérialisés, l'identité sociale se démultiplie encore. Non seulement il n'est plus rare d'avoir au cours d'une vie plusieurs métiers ou plusieurs familles au rythme des foyers recomposés, mais il est également devenu courant d'être tout à la fois dans la peau d'un enfant, d'un parent et d'un grand-parent. La nécessité s'impose de « jouer » avec ces différentes identités, en passant de l'une à l'autre d'un instant à l'autre. Dans ce contexte d'éclatement des structures de l'identité objective, la nécessité d'une identité

personnelle stable s'avère encore plus prégnante, pour assurer la permanence de soi et agir en cohérence quel que soit le statut endossé (Berthoz, 2010b).

La permanence de soi est en effet intimement liée à la question de l'identité. Il s'agit du sentiment qui procure l'intuition d'être toujours le même et de se reconnaître en tant que tel, malgré le fait que les années passent, que des changements physiques s'opèrent, que nos projets professionnels et/ou personnels évoluent... autrement dit, malgré le fait que nous nous transformions. La permanence de soi procure la sensation de continuité, de cohérence et d'unité (de Ryckel et Delvigne, 2010). Indispensable à un sentiment identitaire intégré, elle relève de l'identité personnelle.

L'identité personnelle ou subjective désigne l'ensemble des caractéristiques propres à une personne, et qui la distingue des autres. Elle inclut des éléments d'ordre physique et psychique. Si les caractéristiques physiques sont directement observables, les caractéristiques psychiques le sont moins. Elles se traduisent davantage au travers des comportements et des réactions émotionnelles (Juskenaite et al., 2016).

L'identité personnelle fait écho à la perception subjective qu'un sujet a de son individualité (Lipiansky, 1998). Pour Malewska (1998, cité par Lipianski, 1998), elle représente « l'ensemble organisé des sentiments, des représentations, des expériences et des projets d'avenir se rapportant à soi » (p.173).

L'identité subjective inclut donc le sens de soi. Elle est en quelques sortes le côté expérientiel de l'identité objective. Elle donne la conscience de ses caractéristiques qui, aussi nombreuses soient-elles, permettent d'être continuellement une seule et même personne distincte des autres. C'est une appréhension cognitive et affective de soi.

Par ailleurs, comme nous venons de l'évoquer, tout individu au cours de son existence subit des transformations, tant sur le plan physique que psychologique. Il grandit, il vieillit, son corps change, ses idées et valeurs évoluent, tout autant que ses goûts et son environnement relationnel, et bien d'autres domaines encore. Ce qui lui permet, malgré ces changements, de se vivre dans une continuité, riche d'un sentiment de permanence, c'est la mémoire. Elle permet de s'attribuer le vécu passé, et garantit la conscience d'être le même.

Dans les faits, ces deux identités restent difficilement dissociables, elles sont en interaction permanente et s'influencent mutuellement. Elles constituent les deux facettes du phénomène identitaire. L'identité personnelle constitue l'appropriation subjective de l'identité sociale, dans la mesure où la conscience qu'un sujet a de lui-même est nécessairement influencée par ses catégories d'appartenance (Lipianski, 1998).

Néanmoins, lorsqu'un individu se définit selon l'une ou l'autre des identités, c'est qu'il a auparavant stocké des représentations de lui-même, réactivables au besoin. Ces

représentations, qui se construisent et s'actualisent, sont guidées par les interactions avec l'environnement, selon la valence affective accordée aux feedbacks renvoyés par l'entourage à tel ou tel comportement (Juskenaitė et al., 2016). « Ainsi, l'intégration de nouvelles caractéristiques d'identité personnelle pourrait en partie résulter d'une dynamique sociale affective. » (p. 263)

En effet, les représentations qu'un individu a de lui-même évoluent tout au long de la vie. Nous l'avons vu, les bébés puis jeunes enfants sont d'abord occupés à intégrer leur corps en tant qu'entité unifiée, à le rattacher à eux-mêmes tout en se séparant de leur mère pour se constituer en tant qu'individu distinct et sujet agissant. À ce stade, que nous avons appelé *conscience de soi*¹¹, les représentations portent principalement sur les caractéristiques physiques, et les compétences sensori-motrices qu'il développe. Devereux (2009/2019) considère ce moi comme une première donnée de l'identité, qui n'a pas été encore suffisamment développée pour être utilisée à bon escient au niveau social. Le sens d'un « soi-même » intégré, au sens d'une véritable individualité, se constitue graduellement et évolue au gré des expériences de la vie (Devereux, 2009/2019).

En effet, avec le temps, les représentations s'enrichissent au regard des nouvelles acquisitions et des interactions avec le milieu humain et physique. Au rythme de la maturation cognitive, elles vont progressivement devenir plus abstraites, porter sur les traits de caractères ou les habiletés générales. À l'adolescence, ces représentations vont être profondément remaniées, en lien avec les bouleversements physiques et psychiques qui prévalent à cette période. En particulier, le système de valeurs faisant office de référence se déplace du cercle familial vers les pairs. L'importance accordée à telle ou telle caractéristique évolue en conséquence. À l'âge adulte, le système de représentations de soi se réunifie, il se stabilise et s'organise en une structure cohérente. C'est l'identité unique (Juskenaitė et al., 2016).

Dans ce processus dynamique de construction, la mémoire autobiographique joue un rôle essentiel pour inscrire l'identité d'une personne dans une continuité temporelle. Pour Berthoz (2010b), l'identité s'inscrit au carrefour du passé, du présent et de l'anticipation du futur. Ainsi, le présent dans lequel l'individu éprouve son identité se présente comme une « soudure entre le passé et l'avenir, au lieu d'être la seule chose qui existe réellement » (Devereux, 2019, p. 56).

III.2.2 Identité narrative

Le philosophe Ricœur (1985) apporte un éclairage supplémentaire dans la conception de l'identité. Il introduit le concept d'identité narrative, qu'il définit comme une entité mouvante

¹¹ Se référer au chapitre II

qui se transforme au fil des récits. Pour lui, l'identité se décline selon deux pôles, l'identité-mêmeté (ou idem) et l'identité-ipséité¹², articulées entre elles par l'identité narrative.

S'appuyant sur sa pensée, de Ryckel et Delvigne (2010) en précisent les contours.

L'idem correspond à l'ensemble des marques distinctives et durables que l'on reconnaît à un individu. C'est son caractère, dont la permanence repose sur ses habitudes et ses valeurs, et qui commande à ses actes. L'idem répond aux questions « quoi ? » et « comment ? » (*Qu'est-ce que j'ai fait, et comment je l'ai fait en fonction de mon caractère ?*). L'ipséité assure le maintien de soi, c'est-à-dire la reconnaissance par le sujet d'être l'auteur de ses actes et paroles, conformément à son éthique. L'ipésité répond au « qui ? ».

La dialectique entre les deux pôles est assurée par l'identité narrative. Pour Ricoeur, en se racontant à autrui, l'individu comprend et s'approprie son histoire et son identité, dans une narration de lui-même sans cesse renouvelée. En répondant au « qui (ipsé) fait quoi (idem) et comment (idem) ? », le récit permet de relier les deux pôles (de Ryckel et Delvigne, 2010).

En effet, le récit offre la possibilité au sujet de comprendre comment certains événements de sa vie ont façonné son caractère. Il peut ainsi se réapproprier ses actes, au lieu de les vivre comme dictés par son caractère. Par ailleurs, le récit témoigne de ses choix éthiques, puisqu'en sélectionnant ce qu'il raconte et sous quel angle il le raconte, le sujet incarne ses valeurs et idéaux. C'est bien lui qui raconte pourquoi il a agi de telle ou telle manière, manière qui, au regard de l'ipsé correspond à ce que son entourage peut attendre de lui (de Ryckel et Delvigne, 2010).

Ainsi, au travers du récit, l'identité narrative, évolutive et dynamique par nature, fait tenir les deux bouts : l'identité-mêmeté avec la permanence du caractère, et l'identité-ipséité avec le maintien du soi, qui caractérisent ensemble, pour Ricoeur, l'identité personnelle.

L'identité narrative fait écho à l'importance que nous, psychomotriciens, accordons aux verbalisations par lesquelles nos patients se racontent, et qui parfois contredisent ce que leur corps raconte.

Conclusion du Chapitre III et de la partie théorique

Nourrie par le sentiment continu d'exister, la permanence de la personnalité et des fonctionnements, mais aussi les particularités qui rendent chaque individu unique, l'identité

¹² L'Ipésité est « ce qui fait qu'un être est lui-même et non pas autre chose » (Larousse)

s'enracine sans aucun doute dans la *conscience de soi*, et donc originellement dans la manière dont le sujet s'est emparé de son corps, de la manière dont il l'habite. Mémoire et narration viennent alimenter ces sentiments de continuité et de singularité.

PARTIE 2 : Présentation Clinique

Ma 3^{ème} année d'études en psychomotricité a été nourrie par deux stages longs réalisés en milieu hospitalier, à raison d'une journée hebdomadaire chacun, de septembre 2021 à juin 2022. Le premier s'est déroulé au sein d'un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, le second au sein d'un service de rééducation neuro-locomotrice pour adultes. Comme je l'ai indiqué en introduction, ma réflexion clinique dans le cadre du présent mémoire allie ces deux terrains de stage. La partie clinique sera donc consacrée à une présentation succincte de ces deux institutions, à celle des patients qui ont guidé ma réflexion, ainsi qu'aux modalités de leurs prises en charge en psychomotricité.

I Premier terrain d'étude : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

I.1 Le cadre institutionnel

L'établissement hospitalier au sein duquel j'ai réalisé mon stage intervient dans de nombreuses spécialités médicales. Le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est l'une d'elle.

I.1.1 Le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comporte deux secteurs : un secteur hospitalier où j'ai réalisé mon stage et un Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile regroupant un Centre Médico Psychologique (CMP) et une Unité Petite Enfance. Ensemble, ces trois sites couvrent un large panel d'activités dans le domaine de la santé mentale : prévention, accueil, diagnostic, orientation et prise en charge d'enfants et adolescents porteurs de troubles psychiatriques divers, ainsi que troubles de la parentalité et des relations précoces parent-bébé.

Le service hospitalier propose plusieurs types de prises en charge : consultation et traitements externes d'une part, hospitalisation, à temps plein et de jour, d'autre part.

Les consultations externes concernent tous les types de troubles psychologiques, psychopathologiques et du développement des enfants et adolescents. Elles présentent également une orientation spécialisée sur l'autisme et les troubles envahissants du développement (TED), les troubles intellectuels et cognitifs, les troubles du langage et des apprentissages, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles psychiatriques relevant d'une maladie génétique rare, ainsi que les difficultés et troubles de la parentalité. À ce titre, le service de consultations externes bénéficie de plusieurs labels officiels : Centre Référent

Troubles du Langage et des Apprentissages, Centre diagnostic autisme et TED, et Centre Référent maladies rares à expression psychiatrique.

Le service d'hospitalisation à temps plein (50 lits) reçoit le plus souvent des jeunes de 3 à 19 ans présentant des tendances suicidaires, des dépressions graves, des conduites pathologiques, des épisodes psychotiques aigus, ou vivant des situations de crise au niveau familial. Ils sont répartis sur quatre unités fermées, par tranche d'âge et type de pathologie : une unité protégée de soins intensifs pour les mineurs en grande difficulté, deux unités pour adolescents et une unité pour enfants.

Le service d'hospitalisation de jour (37 places) accueille les patients soit dans un but d'évaluation et orientation thérapeutique, soit pour des prises en charge de longue durée. Ils sont répartis sur trois unités : une pour adolescents présentant des troubles graves de la personnalité, et deux pour enfants, la première destinée aux enfants porteurs de troubles envahissants du développement, et la seconde recevant des enfants en échec scolaire, présentant des troubles cognitifs et des apprentissages. C'est au sein de cette dernière unité psychopédagogique que j'ai réalisé mon stage.

Qu'ils soient en hospitalisation temps plein ou en ambulatoire, les patients peuvent bénéficier d'une scolarité aménagée. Seize enseignants détachés par l'Éducation Nationale assurent des temps de classe, adaptés en termes de volume horaire et d'effectifs. Une conseillère d'orientation-psychologue est également présente à mi-temps pour assurer le suivi des enfants et adolescents et préparer leur orientation en fin d'hospitalisation.

En termes d'équipement, le service dispose d'une cour extérieure pour les temps de récréation, d'activités en plein air et de sport, d'un gymnase, ainsi que d'un bassin thérapeutique et d'une salle Snoezelen pour la réalisation de certaines prises en charge.

Chaque unité est placée sous la responsabilité d'un médecin référent, qui réalise les prescriptions pour les prises en charge en psychologie, psychomotricité, orthophonie, et ergothérapie. L'équipe compte également des externes et internes en médecine, des infirmiers, aides-soignants et éducateurs spécialisés pour encadrer les jeunes. Les six psychomotriciennes présentes dans le service sont chacune référente d'une unité. Elles réalisent des prises en charge individuelles et groupales selon les indications des médecins, ainsi que des bilans d'entrée et d'évolution des patients hospitalisés. Notons qu'elles interviennent également pour réaliser des bilans psychomoteurs dans le cadre des consultations spécialisées ambulatoires.

I.1.2 L'unité psychopédagogique

Située au rez-de-chaussée du bâtiment de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'unité psychopédagogique a une capacité d'accueil de douze places, et reçoit des enfants

âgés de six à douze ans, tous en échec scolaire, avec des troubles cognitifs et des apprentissages. Les patients sont admis pour une ou plusieurs années scolaires, à temps plein ou à temps partiel en fonction de leur temps d'inclusion en milieu scolaire normal.

L'admission des enfants au sein de l'unité est décidée au terme d'un processus défini. Dans un premier temps, ils sont accueillis deux semaines pour une période d'observation et d'évaluation, pendant lesquelles ils passent une batterie de tests prescrits par le médecin référent (bilans psychomoteur, orthophonique, psychologique, neuropsychologique...). Les différents résultats et observations sont ensuite partagés lors d'une réunion de synthèse pluridisciplinaire. Dans le cas où une admission de longue durée est jugée pertinente, un projet de soins est élaboré et présenté aux parents ou toute autre personne détentrice de l'autorité parentale. Le délai d'admission dépend des places vacantes au sein de l'unité.

Au niveau de l'organisation temporelle, l'unité est ouverte en semaine, de 8h30 à 16h30 les lundis, mardis, jeudis et vendredis, et le mercredi de 8h30 à 13h00. Les enfants arrivent le matin et repartent le soir, accompagnés de leurs familles ; le week-end, ils restent chez eux. L'unité ferme une semaine entière à chaque période de vacances scolaires intermédiaires, et un mois pendant l'été.

Chaque enfant dispose d'un emploi du temps personnalisé selon son projet de soins, incluant ses prises en charge médicales et paramédicales, des temps de classe, des activités éducatives, ainsi que des temps libres au sein de l'unité. Tous bénéficient dans l'année de sorties en dehors de l'hôpital (cinéma, ateliers pédagogiques...) et certaines associations viennent parfois dans les murs de l'hôpital proposer des animations (ferme pédagogique cette année par exemple).

Plusieurs espaces ponctuent la vie au sein de l'unité. Les enfants sont accueillis le matin dans une vaste salle commune, lieu de vie principal. C'est là en effet que se déroulent la plupart des activités éducatives et pédagogiques, sous l'encadrement de deux éducatrices spécialisées et d'une aide-soignante qui leur sont dédiées. Les repas y sont également servis. Deux autres salles communiquent avec cet espace central : la cuisine et une salle de repos.

Enfin, la vie institutionnelle est régie par des espace-temps de régulation spécifiques. Certains concernent spécifiquement les enfants : il s'agit de réunions de synthèses pluridisciplinaires bi-hebdomadaires visant à ajuster si nécessaire le projet de soins de certains patients. D'autres se tiennent régulièrement pour évoquer plus largement les projets, l'organisation des soins et le fonctionnement de l'unité.

I.1.3 La psychomotricité au sein de l'unité psychopédagogique

Ma maître de stage est la psychomotricienne référente de l'unité psychopédagogique. En lien avec le médecin, elle fixe en début d'année scolaire les modalités de prises en charge

des enfants : axes de travail prioritaires, périodicité de prise en charge, suivi individuel ou en groupe.

Chaque année, elle encadre deux binômes de stagiaires, le lundi et le mercredi, et leur confie une part de plus en plus active dans l'organisation et l'animation des séances. Cette année, j'étais l'une des stagiaires du mercredi. Ainsi, j'ai eu la chance de pouvoir, avec ma binôme, élaborer et mener entièrement les séances avec une grande autonomie. Nous sommes entre autres intervenues auprès de deux groupes de 3 enfants, l'un orienté sur la motricité globale, et l'autre sur la graphomotricité. Tom, l'enfant que je vais présenter, fait partie du premier groupe, « Corps en mouvement ».

I.2 Le groupe « Corps en mouvement »

Tous les mercredis matin de 9h30 à 10h15, le groupe « Corps en Mouvement » a lieu dans le gymnase. Il réunit trois enfants, deux petites filles de 7 et 8 ans, et Tom âgé de 10 ans, présentant un retard psychomoteur global. L'objectif principal de ce groupe est de soutenir leur développement dans tous les secteurs de la psychomotricité, et de renforcer leurs compétences relationnelles et affectives. Le cadre qui leur a été proposé est très structuré, afin de contenir leur agitation et leur désorganisation. Après s'être déchaussés dans le vestiaire, les enfants intègrent le gymnase et s'assoient le long du mur pour attendre les consignes. Les séances suivent alors un déroulé récurrent en quatre temps :

- Un exercice de rythme : discrimination et reproduction de rythmes frappés et marchés, percussions corporelles et instrumentales, comptines de mains... ;
- Une activité pour travailler une notion psychomotrice spécifique ;
- Un exercice de conditionnement pour travailler la planification du geste, le couple inhibition/impulsion et l'attention : réalisation d'une consigne avec retardement, à un signal donné, sonore ou visuel. Cette proposition s'est inscrite régulièrement dans la continuité de la notion psychomotrice abordée en amont ;
- Un temps de relaxation permettant aux enfants de se calmer et se rassembler avant la fin de la séance : allongés sur un tapis, sur un fond musical, nous leur proposons un passage d'objet à picots ou exerçons des pressions corporelles, selon leur préférence.

Ainsi au fur et à mesure de l'année, tous les items psychomoteurs ont été mis au travail, du plus global au plus fin, selon le sens des acquisitions de l'enfant : tonus, motricité globale, équilibre et coordinations, schéma corporel, latéralité, espace, temps et rythme, praxies fines. Nous avons eu recours à de nombreuses médiations : parcours, musique, danse, mime et jeu de faire semblant, relaxation...

I.3 Présentation de Tom

I.3.1 Anamnèse

Né le 28 juillet 2011, Tom a 10 ans lorsqu'il est admis à l'unité psychopédagogique en septembre 2021. Malgré un retard de croissance intra-utérin, il naît à terme sans complication. Il grandit seul avec sa mère, avec un entourage familial très restreint. Il ne connaît pas son père ni l'existence d'un demi-frère du côté paternel, ce dernier ne l'ayant pas reconnu à la naissance.

À 4 mois, Tom entre en crèche. Ses grandes acquisitions psychomotrices se déroulent selon un rythme ordinaire : il se tient debout à 9 mois, fait ses premiers pas à 12 mois, prononce ses premiers mots à 15 mois, et commence à faire des phrases à 3 ans. L'acquisition de la propreté est en revanche acquise un peu tardivement, aux alentours de 4 ans.

Alors qu'il n'avait que 2 ans et demi, sa mère a fait un premier épisode dépressif, à la suite de difficultés professionnelles qui, selon elle, sont venues s'ajouter aux difficultés rencontrées à la maison avec Tom. Depuis, elle connaît des rechutes régulières et continue à relier son mal-être à ses difficultés professionnelles.

Dès la moyenne section de maternelle, Tom rencontre des difficultés scolaires : très agité, avec des troubles de la concentration et du comportement, il est peu disponible aux apprentissages et à la relation avec ses pairs. En lien avec l'école, il est orienté vers un Centre Médico Psychologique (CMP), où il bénéficie d'un suivi en psychothérapie individuelle, orthophonie et psychomotricité. Plusieurs bilans ont été réalisés par le CMP :

- Fin 2017, un premier bilan orthophonique révèle des fragilités au niveau du graphisme et de l'organisation visuo-spatiale. Un second bilan en novembre 2019 confirme ces difficultés et diagnostique en complément une dyslexie sévère ;
- Un bilan psychomoteur réalisé en 2018, révèle un retard global homogène dans les acquisitions psychomotrices, un trouble de la régulation tonico-émotionnelle, des difficultés dans les coordinations globales et fines, des coordinations visuo-spatiales altérées, des capacités attentionnelles fluctuantes, ainsi que des représentations du corps (schéma corporel et image du corps) mal intégrées.

Après deux années de grande section de maternelle avec une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS), Tom entre en CP puis est orienté en cours d'année en ULIS Trouble Sévère du Langage et des Apprentissages (TSLA), ce qui l'oblige à changer d'école. Selon sa mère, Tom vit mal ce changement d'école, qui serait à l'origine d'une majoration simultanée des troubles du comportement, de l'anxiété et des crises clastiques avec agressivité. Tom est alors hospitalisé pendant 3 semaines en pédopsychiatrie, au cours desquelles un triple diagnostic

est établi : TDA/H (pour lequel il aura un traitement par psychostimulant), trouble de l'attachement et retard global de langage.

Peu de temps après cette hospitalisation, un accueil séquentiel au PHARE (Placement avec Hébergement Aménagé et Relais Éducatif) est instauré du mardi soir au vendredi matin. Depuis sa dépression, la mère de Tom se sent en effet en grande difficulté pour s'occuper de son fils. Elle avait d'ailleurs fait l'objet d'une information préoccupante pour négligence, de la part de l'école maternelle. Néanmoins, elle se sent angoissée à l'idée de perdre son fils.

En CE2, Tom est orienté en ULIS TFC (Trouble des Fonctions Cognitives) où il bénéficie de l'aide d'une Accompagnante d'Élève en Situation de Handicap (AESH). Malgré cela, l'école déclare que les aménagements ne sont pas suffisants pour assurer sa prise en charge éducative. D'une part, Tom a un gros retard sur le plan scolaire, notamment en lecture et écriture, où il atteint à peine le niveau d'un élève de fin de moyenne section. D'autre part, sur le plan comportemental, Tom se montre très agité, avec une intolérance importante à la frustration à l'origine de crises de colère (à l'école comme à la maison).

Par ailleurs, Tom entretient une relation ambivalente avec sa mère : il alterne entre des moments de grande fusion, et des moments où il cherche à se démarquer en tant que « garçon ». D'une manière générale, il s'inquiète au sujet de l'état de santé de sa mère. Il a peur de la perdre et a un besoin prégnant de preuves d'amour, qu'il manifeste en sollicitant des cadeaux de sa part. Les jours de transition avec l'accueil au Phare donnent lieu à une forte anxiété de séparation avec crainte d'abandon. Tom semble dans un attachement insécurisé vis-à-vis de sa mère. À ce titre, et n'arrivant plus à gérer les débordements de Tom, le Phare a évoqué une demande de judiciarisation du placement.

C'est dans ce contexte que le médecin du CMP l'adresse au service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, pour une évaluation des troubles des apprentissages et troubles du comportement dans un contexte de trouble du neuro-développement.

I.3.2 Période d'observation à l'unité psychopédagogique

En février 2021, Tom est admis au sein de l'unité psychopédagogique pour une période de deux semaines d'observation, au cours de laquelle plusieurs bilans sont réalisés.

Le bilan orthophonique met en évidence de grandes difficultés au niveau du langage écrit et dans une moindre mesure du langage oral. Les difficultés repérées dans l'acquisition du langage écrit relèvent d'un trouble spécifique : à 10 ans, Tom est toujours non-lecteur. Le langage oral est touché dans ses versants réceptif et expressif, mais Tom est ouvert à l'échange et à la communication avec les adultes. La passation du bilan permet également d'observer une labilité attentionnelle, une anxiété sous-jacente et une angoisse de

performance, menant à des conduites d'évitement face aux difficultés. Cela est à mettre en lien avec sa non-disponibilité psychique pour les apprentissages.

Le bilan psychologique caractérise la grande souffrance psychoaffective de Tom. Son fonctionnement psychique est mis à l'épreuve au regard d'une grande carence de repères externes sécurisants. Il est ainsi animé d'un sentiment d'insécurité profond ravivé par des angoisses dépressives, contre lesquelles il doit lutter perpétuellement. Bien qu'il endosse le rôle de « sauveur », il semble en recherche de relations soutenantes et enveloppantes.

Le bilan psychomoteur¹³ a mis en évidence un retard global du développement psychomoteur avec en particulier un retard important des acquisitions motrices, globales et fines, un retard significatif d'intégration du schéma corporel avec des lacunes dans la connaissance du vocabulaire relatif au corps, un manque d'intégration des notions de droite et gauche (y compris en repères égo-centrés), des difficultés de coordination visuo-manuelle et d'analyse visuo-spatiale, une boucle audio-motrice non fonctionnelle, des difficultés de discrimination et de rétention auditive, ainsi qu'une écriture cursive non mise en place. La passation du bilan a révélé également une hypersensibilité au bruit et a confirmé les difficultés attentionnelles de Tom.

Au terme de la période d'observation et au vu des résultats des bilans, le médecin référent de l'unité a conclu à l'existence de troubles des apprentissages et troubles du comportement en lien avec des troubles instrumentaux, portant notamment sur le langage écrit et le développement psychomoteur, avec un déficit de l'attention dans un contexte d'insécurité psycho-affective importante. Avec l'accord de sa mère, Tom a donc été accueilli à l'unité psychopédagogique en septembre 2021, pour y suivre l'année scolaire 2021-2022.

I.3.3 Admission et évolution de Tom à l'unité psychopédagogique

À son arrivée au sein de l'unité, Tom ne cherche pas particulièrement à nouer des relations avec ses pairs. Il a plutôt tendance à les provoquer avec des comportements de violence verbale et physique, qui génèrent rapidement du rejet et des situations conflictuelles. A contrario, il fait preuve d'une grande empathie quand un enfant est en désarroi ou blessé.

Tom présente une dysrégulation émotionnelle importante se traduisant par une agitation psychomotrice, des troubles du comportement, et une intolérance à la frustration le menant à des crises de violence. Il en est conscient et s'interroge sur sa différence par rapport aux autres enfants. A l'issue des crises, de grands moments de fatigue et d'effondrement viennent contraster avec ces décharges toniques, nécessitant qu'il aille dormir dans la salle de repos.

¹³ Le bilan psychomoteur complet de Tom est présenté en annexe I.

Plus adapté dans la relation duelle que collective, Tom est en recherche de lien avec les adultes. Très angoissé et insécurisé, il a en particulier besoin de réassurance après chaque moment de colère : fort d'un sentiment de culpabilité, il s'excuse et s'assure que l'adulte n'est pas fâché contre lui.

Malgré des difficultés relationnelles qui persistent ponctuellement avec ses pairs, Tom a réussi à s'intégrer au sein de l'unité. Il participe volontiers aux tâches de la vie quotidienne de l'unité et aux activités proposées. Bien qu'il traverse encore des périodes ponctuées de pensées anxiogènes et d'idées noires, Tom est de moins en moins envahi par les pensées autour de sa mère. Plusieurs évolutions positives sont à souligner. Il parvient désormais à jouer en autonomie pendant plus de 30 minutes, ce qui était initialement impossible, sans la présence continue d'un adulte pour l'étayer. Il maîtrise davantage ses émotions, affronte mieux la frustration ou la contrariété, et s'isole de lui-même lorsqu'il en ressent le besoin pour se calmer. Au niveau de la scolarité, après avoir déclaré « *je ne veux pas grandir* » pour justifier son refus d'apprendre à lire, il commence à s'engager davantage dans les apprentissages. Au niveau psychomoteur, des progrès significatifs ont été réalisés, nous y reviendrons. Ainsi, les quelques mois à l'unité psychopédagogique semblent déjà avoir été très bénéfiques pour Tom.

I.3.4 Première rencontre

Je fais la connaissance de Tom au début du mois septembre 2021, lors de la première séance du groupe « Corps en mouvement ». Ma maître de stage, ma binôme et moi-même allons chercher les enfants dans leur unité pour les mener vers le gymnase où se dérouleront les séances tout au long de l'année. Ce jour-là, je découvre les locaux de l'unité, et tout en essayant d'en apprécier l'ambiance, je porte une attention particulière aux trois enfants qui vont occuper une bonne partie de mon esprit tous les mercredis de l'année.

Tom se présente comme un jeune garçon souriant. Il a la peau et les yeux clairs. Son visage est expressif. J'observe sa démarche sur le chemin menant au gymnase, elle est un peu maniérée. Je suis frappée par le contraste entre la douceur première qui émane de son visage souriant, et le manque de fluidité de sa démarche. Son pas est lourd et saccadé, irrégulier et mal synchronisé, parfois sautillant, parfois le pied trainant. Tom a l'air « à côté » de son corps.

Au niveau relationnel, Tom se montre plutôt ouvert. À mi-chemin entre la curiosité et l'inquiétude, il nous interroge sur ce que nous allons faire : « *On va faire du sport au gymnase ?* » À la fois expressif et sur la défensive, il est en hypervigilance.

Lors de cette première séance, Tom teste le cadre et montre tous les extrêmes qui l'animent : impulsivité, agitation intense en courant et en criant à travers le gymnase, décharges motrices en donnant des coups de poing et de pieds dans les modules moteurs,

mais aussi grande fatigabilité, difficulté à rester concentré sur des consignes simples, moments d'effondrement tonique au sol, replié sur lui, en boule. Tom a besoin d'être régulièrement remobilisé pour ne pas abandonner. Malgré cela, d'épuisement, il refuse de réaliser les dernières propositions et se met en retrait. Ce n'est qu'avec le temps de relaxation que le contact pourra s'établir à nouveau.

I.4 **Quelques repères sur le TDA/H**

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurodéveloppemental fréquent (6 % des enfants d'âge scolaire et 3% des adultes), caractérisé par une triade symptomatique : inattention, impulsivité, hyperactivité.

L'inattention se traduit par une incapacité à maintenir son attention dans la durée (déficit de l'attention soutenue*), une grande distractibilité liée à l'incapacité de porter son attention sur plusieurs tâches simultanément (défaut d'attention divisée*) et une difficulté à sélectionner un objet d'attention sans se laisser distraire par des stimuli externes (défaut d'attention sélective*). L'enfant va par exemple se retourner au moindre bruit pour regarder derrière lui, afin de savoir d'où cela provient.

L'impulsivité peut être motrice et/ou verbale. Elle se traduit par une incapacité à différer une action ou à attendre pour prendre la parole, une impatience, ainsi qu'une difficulté à gérer ses émotions et à garder son calme. Cette précipitation empêche l'enfant d'apprendre de ses erreurs. Il agit avant de penser et est moins sensible aux conséquences de ses actes que les autres enfants, tant pour lui que pour son entourage. Il a du mal à se contrôler tant corporellement que verbalement et émotionnellement.

L'hyperactivité se traduit principalement par une agitation motrice non contrôlée et incessante. L'enfant éprouve le besoin de bouger sans cesse, parle beaucoup ou fait des bruits. L'enfant hyperactif ne tient pas en place. Ne parvenant pas à rester concentré sur une tâche, il a tendance à passer d'une activité à l'autre sans jamais les terminer.

Marquet-Doléac (2015) opère une distinction selon que les symptômes sont dits bruyants ou discrets. Les symptômes bruyants sont « visibles et audibles, occasionnant souvent la plus forte gêne pour l'entourage » (p. 91). On parle de défauts de contrôle moteur, verbal et cognitif qui se traduisent dans les faits par une difficulté à respecter les règles, à inhiber un comportement en cours ou à persévéérer dans une tâche. Les symptômes discrets désignent quant à eux « les déficits cognitifs handicapant fortement l'individu » (p.91). La plupart du temps, c'est l'interaction entre les deux qui handicape le sujet dans son adaptation.

Plusieurs modèles théoriques de compréhension existent. Celui à deux voies de Sonuga-Barke¹⁴ permet d'appréhender l'intégralité de la symptomatologie. Il repose sur la co-existence de facteurs internes au sujet, impactant le circuit de ses fonctions exécutives*, et des facteurs environnementaux, caractérisant son aversion au délai.

Dans tous les cas, l'étiologie est multifactorielle, résultant d'une interaction entre des facteurs génétiques et des facteurs liés à l'environnement psycho-social. Ajoutons que la prématurité est un facteur de risque aggravant. Quelle que soit l'étiologie, le TDA/H retentit de manière significative sur le fonctionnement scolaire, relationnel et familial de l'enfant. Ainsi, son diagnostic médical repose sur la présence simultanée et cumulative de plusieurs critères définis par le DSM5 (American Psychiatric Association, 2015) :

- Présence persistante de symptômes depuis au moins 6 mois, à un niveau inapproprié par rapport à l'âge, et interférant avec le développement et/ou le fonctionnement de l'enfant ;
- Certains des symptômes étaient présents avant l'âge de 12 ans ;
- Les symptômes se manifestent dans différents milieux (maison, école, loisirs...) ;
- Les symptômes sont à l'origine d'une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie : ils entraînent une forme de handicap et une souffrance pour le sujet ;
- Aucune autre affection mentale n'explique mieux les symptômes. La comorbidité avec un Trouble du Spectre Autistique (TSA) ou une Déficience Intellectuelle (DI) est aujourd'hui acceptée, à condition que les symptômes soient plus marqués qu'en présence d'un TSA ou d'une DI seuls.

Le DSM5 (APA, 2015) définit trois formes cliniques selon la prédominance des symptômes : « Inattention » dominante, « hyperactivité-impulsivité » dominantes, et une forme « mixte » combinant l'ensemble des symptômes. Par ailleurs, la sévérité peut varier de légère à sévère, selon l'intensité des symptômes et le degré de difficultés qu'ils occasionnent dans la vie du sujet. Tom a une forme mixte à un degré sévère.

II Deuxième terrain d'étude : Neurologie Adulte

II.1 Le cadre institutionnel

L'hôpital où je me suis rendue tous les jeudis, dans le cadre de mon second stage long, propose une offre de soins de suite et de rééducation (SSR) pour adultes dans cinq disciplines. En complément, elle assure une offre de soins en psychiatrie adulte. Plus précisément, l'établissement se compose des secteurs suivants :

¹⁴ Modèle de Sonugo-Barke (2002, 2003) présenté en annexe II (Marquet-Doleac, 2015, p. 90)

- Un service de SSR gastro-entérologie (25 lits) orienté sur les pathologies du tube digestif (œsophage, estomac, intestin, etc...), du foie, des voies biliaires et du pancréas ;
- Un département de médecine gériatrique (71 lits) comprenant cinq unités, dont trois d'hospitalisation à temps plein (SSR gériatrie, courts-séjours pour la gériatrie aiguë et soins palliatifs), et deux d'hospitalisation de jour (diagnostic et thérapeutique) ;
- Un service de réadaptation cardiaque, comprenant une unité de rééducation cardio-vasculaire (40 lits), un hôpital de jour et un service de consultations externes ;
- Un service de rééducation neuro-locomotrice accueillant des patients atteints de tous types de pathologies neurologiques acquises ou dégénératives. C'est au sein de ce département que j'ai réalisé mon stage ;
- Un département de psychiatrie (40 lits) regroupant le service de psychiatrie sectorisé, un centre expert, un centre de réhabilitation cognitive, et une activité addictologie organisée autour d'un HDJ et d'une consultation externe.

Huit psychomotriciens sont présents sur l'ensemble du site : trois en neurologie, un en gériatrie et quatre en psychiatrie.

II.1.1 Le département de rééducation neuro-locomotrice

Le département de rééducation neuro-locomotrice se compose de trois secteurs : un SSR ostéoarticulaire (40 lits), un SSR neurologique (61 lits répartis sur deux unités), une Unité de Soins Prolongés Complexes (USPC) de 12 lits, consacrée à la prise en charge de patients complexes poly-pathologiques, et un SSR ambulatoire (HDJ de 11 fauteuils).

Chaque secteur est placé sous la responsabilité d'un médecin référent, qui coordonne les soins et prescrit les prises en charge rééducatives. Les équipes paramédicales comprennent des infirmières, aides-soignants, des secrétaires médicales et secrétaires hospitalières, supervisées par un cadre de santé. Les équipes rééducatives sont composées de kinésithérapeutes, éducateurs en Activité Physique Adaptée (APA), psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues. Ils réfèrent à un cadre de santé rééducateur. Des psychologues sont également présents.

Le SSR reçoit des patients victimes de lésions neurologiques centrales et périphériques, causées par des accidents vasculaires, traumas crâniens, tumeurs cérébrales, infections..., mais aussi des patients atteints de maladies neuro-dégénératives (Sclérose en Plaques, Maladie de Parkinson et autres syndromes parkinsoniens, Démence à corps de Lewy, maladie de Huntington, Sclérose Latérale Amyotrophique ou Maladie de Charcot...)

Trois psychomotriciens sont présents dans le département de rééducation neuro-locomotrice : mon maître de stage, qui intervient à mi-temps sur le SSR et à mi-temps sur

l'HDJ, une psychomotricienne est référente à temps plein du SSR ostéoarticulaire, et la dernière intervient à temps plein sur l'USPC.

Au cours de l'année, j'ai eu la possibilité d'intervenir à la fois auprès de patients admis en hospitalisation complète au SSR neurologique et de patients en hospitalisation de jour. La patiente dont je vais parler est admise à l'HDJ.

II.1.2 L'Hôpital de jour en rééducation-neurolocomotrice

L'accueil de jour en neurologie est situé dans un bâtiment spécifique de l'hôpital. Avec une capacité d'accueil de 11 fauteuils, l'HDJ reçoit une trentaine de patients en parallèle, répartis sur la semaine.

Les patients sont accueillis au rez-de-chaussée du bâtiment, où se situent une salle d'attente et les espaces de prises en charge thérapeutiques. On y trouve notamment une grande salle partagée par les deux ergothérapeutes, une autre par les trois kinésithérapeutes, une salle pour le psychomotricien, une salle pour l'APA, deux bureaux dédiés aux deux orthophonistes, et enfin le bureau de la neuropsychologue. L'unité est également équipée d'un bassin de balnéothérapie et d'un studio de simulation des activités de la vie quotidienne. Deux infirmières et une secrétaire médicale sont présentes sur le site. Au 1^{er} étage se trouvent le bureau du médecin référent, des salles de consultation, un espace de repos pour les patients, ainsi que la salle de restauration où leur sont servis les repas du midi. Le bureau de la psychologue est en revanche situé dans un autre bâtiment de l'hôpital. La salle de réunion où se tient la réunion hebdomadaire interdisciplinaire se trouve également à l'étage. Se réunissent le médecin référent, une infirmière et l'ensemble des rééducateurs pour réaliser des points d'étape partagés sur l'évolution de certains patients. Chaque participant amène des éléments propres à ses prises en charge, de manière à construire un regard croisé des situations individuelles. Le médecin y présente également les dossiers des patients dont l'entrée est prévue prochainement et notifie les prescriptions en termes de prise en charge, afin que chaque professionnel puisse l'intégrer dans son planning.

L'HDJ reçoit notamment des patients cérébro-lésés, suffisamment autonomes pour vivre chez eux, avec ou sans aide, mais qui nécessitent une continuité de prise en charge soutenue et multidisciplinaire. Ils sont accueillis 1 à 3 jours par semaine, ils disposent chacun d'un emploi du temps hebdomadaire de prises en charge et consultations. Lors de leur admission, un contrat d'auto-rééducation est établi avec eux, par lequel ils s'engagent à réaliser, en complément de leurs journées de prises en charge hospitalières, un certain nombre d'exercices chez eux.

Des prises en charge individuelles et groupales sont organisées selon les indications médicales. Il arrive que les kinésithérapeutes et ergothérapeutes prennent plusieurs patients

simultanément, en leur proposant des exercices personnalisés qu'ils réalisent en autonomie, sous la supervision du professionnel.

Parmi les prises en charge groupales, l'une est spécifique. Il s'agit de l'« HDJ Parkinson » : toutes les 7 semaines et pour une durée de 5 semaines, un groupe de 3 ou 4 patients atteints de la maladie de Parkinson à des stades homogènes, est admis à l'HDJ. À raison de 2 journées hebdomadaires, ils bénéficient d'une rééducation intensive et multidisciplinaire : kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité et orthophonie. En psychomotricité, les séances s'appuient sur le tango argentin comme médiation, dont les résultats en termes de posture, équilibre, régulation tonique et contrôle moteur sont notoires.

II.2 Présentation de Madame K.

II.2.1 Anamnèse

Admise en octobre 2021 à l'HDJ, Mme K. est une femme de 34 ans, mariée et vivant en couple. Elle a trois enfants, un garçon de 5 ans ainsi que deux filles, l'une âgée de 3 ans et l'autre de 3 mois au moment de son admission à l'HDJ. Après avoir accouché prématurément à 34 semaines d'aménorrhées dans un contexte de prééclampsie*, Mme K. a été victime d'un AVC post-partum, 8 jours après son accouchement, en juillet 2021. Encore à la maternité lors de l'événement, elle a senti une faiblesse dans l'hémiface gauche et s'est doutée de ce qui lui arrivait. Aide-soignante de profession, elle a immédiatement reconnu les signes d'alerte de l'AVC. Elle a rapporté avoir juste eu le temps de déposer son bébé dans le berceau et d'appuyer sur la sonnette d'alarme pour appeler les secours. Elle est revenue à elle quelques temps après, après avoir été transférée dans un service de réanimation.

Mme K. a été victime d'un AVC ischémique du territoire sylvien droit, par occlusion de l'artère cérébrale moyenne droite. C'est la voie pyramidale contrôlant la motricité volontaire de l'hémicorps gauche qui est atteinte. En phase aiguë, elle est traitée par thrombectomie mécanique*. Après deux semaines en Unité de Soins Intensifs Neuro-vasculaire (USINV), elle est transférée fin juillet en SSR de neurologie, où elle reste jusqu'à mi-septembre 2021. Elle est admise à l'HDJ de rééducation neuro-locomotrice en novembre 2021, après un bilan de pré-admission en octobre 2021.

Depuis sa sortie de SSR, Mme K. se déplace avec une béquille, aussi bien chez elle qu'en extérieur. Mais elle sort très peu car se sent très fatiguée et appréhende la chute. À la maison, Mme K. est autonome pour la toilette et l'habillement. Mais, alors qu'elle gérait toute l'intendance du foyer avant son AVC, sa participation aux activités de la vie quotidienne se résume désormais à une faible contribution à la préparation des repas. Bien qu'elle soit

droitière, son hémiplégie et la rigidité spastique* de son membre supérieur gauche rendent difficiles toutes les tâches manuelles, y compris celles nécessitant la coopération bi-manielle.

Mme K. bénéficie aujourd’hui d’un dossier à la MDPH, mais ignore elle-même les aides auxquelles elle a droit. Par ailleurs, elle est très entourée au niveau familial. Outre son mari, elle reçoit beaucoup d’aide de la part de sa mère qui vit à proximité de son domicile. C’est elle qui s’occupe du bébé depuis l’accident, Mme K. ne voit d’ailleurs quasiment jamais sa fille. Elle a également six frères, un plus âgé, un jumeau et trois plus jeunes, très présents.

Notons que Mme K. a un antécédent d’obésité. En 2019, elle a subi une chirurgie bariatrique, par gastrectomie longitudinale* (sleeve gastrectomy). Elle perd 40 kilos en moins d’un an. Quelques mois après, elle tombe enceinte de son 3^{ème} enfant. La suite vient d’être exposée.

II.2.2 Admission et bilan d’entrée de Madame K.

L’examen neuro-locomoteur de pré-admission réalisé par le médecin neurologue de l’HDJ, met en évidence :

- Une hémiplégie* gauche entravant la motricité des membres inférieur et supérieur gauche, avec une récupération du membre supérieur plus difficile ;
- Une tendance à l’héminégligence* gauche ;
- Une marche très ralentie caractérisée par une longueur de pas et une cadence très diminuées. Le cycle de marche est marqué par le maintien d’une flexion plantaire excessive, ainsi qu’une insuffisance de flexion du genou et de la hanche gauche en phase oscillante. Il en résulte un risque de chute ;
- Un trouble de la proprioception distale du membre inférieur gauche.

L’examen musculaire segmentaire confirme une hypertonie spastique* :

- Au niveau du membre inférieur gauche : un raccourcissement des fléchisseurs plantaires et la co-contraction du droit fémoral ;
- Au niveau du membre supérieur gauche : une lésion musculaire et ligamentaire à l’épaule gauche, source de douleurs importantes limitant les mobilisations en actif et passif ; une limitation des mouvements du coude dans tous les plans de l’espace du fait de raccourcissements musculaires sévères ; enfin les fléchisseurs des doigts très raccourcis et leurs antagonistes en co-contraction importante positionnant les doigts en crochet.

Mme K. ne présente pas de trouble du langage ni de trouble cognitif évident. Elle est en revanche distractible et très anxieuse. Sur le plan psychologique, elle traverse en effet un épisode dépressif moyen, sans impact sur son sommeil.

Mme K. est donc admise à l'HDJ en rééducation neuro-locomotrice pour une prise en charge multidisciplinaire : kinésithérapie pour les membres inférieurs, ergothérapie pour les membres supérieurs, psychomotricité pour la conscience corporelle globale et un travail sur la restauration de son image du corps très dégradée, ainsi qu'une prise en charge renforcée en psychothérapie compte-tenu de ses affects très dépressifs.

II.2.3 Bilan psychomoteur

Contrairement aux bilans psychomoteurs réalisés pour les enfants, il n'existe pas de bilan coté pour les adultes, encore moins pour des patients atteints de lésions cérébrales. Le bilan psychomoteur réalisé pour Mme K. est à entendre au niveau qualitatif, et donne une large part à l'observation. Réalisé début novembre 2021, il a porté sur les fonctions suivantes : sensibilité (tact et proprioception), tonus, motricité globale (équilibre et marche), espace et temps, schéma corporel et image du corps en lien avec les affects.

Le bilan¹⁵ a mis en évidence une hypertonie spastique du membre supérieur gauche entravant la mobilité et la dissociation segmentaire, une hypertonie du membre inférieur gauche entravant la fluidité de marche, des équilibres statique et dynamique précaires bien que préservés, une sensibilité tactile et proprioceptive diminuée affectant de manière significative la conscience corporelle. En revanche, les somatognosies sont conservées ainsi que le repérage spatio-temporel. Enfin, Mme K. a une image du corps très dégradée, ce que ses propos et son attitude lors de notre première rencontre ont largement confirmé.

II.2.4 Première rencontre

J'aperçois Mme K. pour la première fois dans la salle d'attente de l'HDJ, mon maître de stage et moi venons la chercher pour sa séance. Je suis impressionnée par cette femme de très grande taille. Je l'observe tout le long du trajet menant à la salle de psychomotricité. Elle marche avec difficulté à l'aide d'une béquille, jambe gauche en léger fauchage, tronc légèrement incliné vers la droite, bras gauche replié sur son ventre et poing serré du fait de son hypertonie spastique. Malgré son handicap, du haut de son mètre quatre-vingts, elle a fière allure, et je devine aisément la femme apprêtée qu'elle devait être auparavant.

Lors des premiers échanges, je suis saisie d'une impression étrange, j'ai le sentiment d'une déconnexion chez cette patiente. Elle n'est pas tout à fait là, présente physiquement mais absente psychiquement. Bien qu'empêchée dans sa motricité, elle semble capable de manifester un comportement au niveau corporel, mais son être est absent. Son visage est figé, sans expression, sans émotion. Elle n'a l'air ni triste ni en colère, elle semble simplement sans

¹⁵ Le bilan psychomoteur complet de Mme K. est présenté en annexe III.

vie, comme si elle portait un masque neutre. Elle regarde dans le vide, tantôt vers le sol, tantôt vers son téléphone portable qu'elle garde à portée de sa main droite, rivée sur la moindre notification. Elle se justifie en expliquant son inquiétude d'avoir laissé ses deux enfants aînés seuls à la maison.

Ce jour-là, dans un échange entrecoupé de longs silences, elle se livre un peu, révélant l'expérience traumatisante, presque dissociative, qu'elle traverse : « *Je suis prisonnière de mon corps* », et d'ajouter « *je ne suis plus une femme, je ne suis plus que l'ombre de la femme que j'étais et je ne peux plus être mère* ». Mais à aucun moment, elle n'évoquera son bébé ni le fait qu'il soit gardé par sa mère. Je soupçonne un traumatisme tel qu'il génère une sorte de déni, tant la culpabilité de ne pouvoir être auprès de son enfant est difficile à vivre pour elle. Pourtant au cours de la séance, elle évoquera son envie de redevenir mère, même si elle ne redevient pas femme.

Mme K. m'apparaît très déprimée et abattue, tant dans ses propos que dans sa posture corporelle. Elle exprime ne plus se sentir capable de rien « *ni de faire les repas, ni de passer un coup de balai* ». Elle n'a plus d'envie : « *je ne fais rien et je préfère ne même pas essayer car je n'arrive plus à rien* ». Mme K. parle de ses incapacités, mais elle a du mal à verbaliser et à décrire ses émotions. La seule chose qui émerge est une sensation de nausée liée au fait qu'elle n'arrive pas à pleurer, car elle n'en a pas l'habitude, précise-t-elle.

Dans ces conditions, nous lui demandons si elle se sent prête pour démarrer le travail de rééducation, ou si elle pense avoir besoin d'un temps pour lâcher prise. À cette question, elle répond « *me battre, travailler à fond* ». Pourtant, tout dans sa communication non-verbale dit le contraire... Ces contradictions marqueront l'évolution de Mme K. tout au long de sa prise en charge.

II.2.5 Évolution de Madame K. au cours de sa prise en charge

La prise en charge de Mme K. est caractérisée par sa discontinuité. Souvent absente pour des raisons liées à ses enfants (maladie, absence des instituteurs, vacances scolaires), elle avoue parfois ne pas se sentir suffisamment en forme pour venir. L'équipe des rééducateurs partage ce point de vue : Mme K. semble vouloir échapper à ses séances de rééducation qui la mettent en face de ses difficultés. Le travail psychologique semble prioritaire pour l'aider à effectuer un travail d'acceptation de sa situation. Mme K. est impatiente de récupérer, mais cette attitude l'empêche d'investir les soins, et la perte d'espoir est proportionnelle à son empreissement.

Toujours fuyante dans le regard et se réfugiant régulièrement sur son téléphone pendant les séances, Mme K. finit par s'ouvrir davantage au fil des semaines. Elle veut récupérer en priorité l'usage de son bras gauche pour pouvoir s'occuper de ses enfants. Alors

qu'elle faisait de la pâtisserie « *de haut niveau* » selon ses propres dires, elle se désespère face à son incapacité : « *je n'ose même plus faire une tarte aux pommes pour mon fils* ». Malgré ces phases de désarroi, elle parle davantage de ses enfants, commence à intégrer l'existence de son bébé dans son discours, elle évoque des envies, celle d'emmener ses enfants en promenade, de refaire de la pâtisserie, de pouvoir danser à nouveau.

En février, un virage semble se produire : « *j'ai eu un déclic, ça va mieux* ». À cette période, les progrès moteurs commencent à se faire sentir. Mme K. marche beaucoup mieux, elle est plus stable et se sent plus sûre. Elle retrouve sa verticalité. Des sensations reviennent dans le bras gauche sous forme de picotements : « *ce n'est pas vraiment agréable, mais c'est bien parce qu'au moins je ressens des choses* ». Elle retrouve un peu de fluidité dans ses mouvements, et prend de plus en plus d'initiatives en séance. D'un travail assis portant uniquement sur la conscience du membre supérieur gauche, nous pouvons commencer à passer debout et investir le corps dans son entièreté. Le travail de conscience corporelle que nous réalisons avec elle porte peu à peu ses fruits.

Les autres rééducateurs partagent ce constat. Mme K. investit davantage ses soins, elle est motivée par ses progrès et moins envahie par ses difficultés, ce qui lui permet d'être plus concentrée en séance. Par ailleurs, elle parle beaucoup plus de son bébé. Nous passons de « *le bébé* » à « *ma fille* ». Celle-ci reste encore dormir quelques nuits par semaine chez sa mère, mais elle est de plus en plus au domicile familial. Mme K. s'en occupe davantage, commence à lui donner le biberon, à la tenir dans ses bras. Elle recommence également à cuisiner un peu, à s'occuper de la maison, et à porter des habits colorés.

Malgré tout, cette évolution est loin d'être linéaire. La prise en charge de Mme K. reste marquée par une alternance entre des phases d'investissement et de désinvestissement de ses soins. Après un grand pas en avant, Mme K. fait régulièrement des retours en arrière, en lien avec la fatigue et la baisse de moral. Ses absences aux séances matérialisent souvent ses « *rechutes* ». Tout au long de l'année, les séances ont apporté leur lot de surprises : je ne compte plus les fois où j'ai été frappée par le contraste entre son allure triste et abattue en arrivant dans la salle, et les anecdotes très encourageantes qu'elle nous a livré en sortant.

II.3 **Quelques repères sur les AVC**

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une souffrance brutale d'une région du cerveau, causée par la perturbation soudaine de son irrigation sanguine. On en distingue communément deux types selon le mécanisme qui en est à l'origine :

- Les AVC ischémiques et Accidents Ischémiques transitoires (AIT) sont les plus fréquents (85 % des AVC). Ils sont causés par la formation d'un caillot de sang à l'intérieur même

d'une artère (ou moins fréquemment d'une veine), qui en la bouchant, empêche brutalement le flux sanguin d'irriguer le cerveau. À la différence des AIT, pour lesquels les symptômes régressent généralement en moins d'une heure, les AVC ischémiques provoquent des déficits neurologiques qui persistent dans le temps et laissent des séquelles le plus souvent ;

- Les AVC hémorragiques interviennent lorsqu'une artère se rompt. On distingue les hémorragies cérébrales (10 % des cas) et les hémorragies méningées. (5 % des cas) :

- Les hémorragies cérébrales font suite à la rupture d'une artère cérébrale. En s'échappant, le sang se répand dans le tissu cérébral avoisinant, provoquant une compression à l'origine des dommages. La zone hémorragique est appelée hématome cérébral ;
 - Les hémorragies méningées (ou sous-arachnoïdiennes) sont secondaires à la rupture d'une artère située en périphérie du cerveau. Elle se traduit par l'irruption de sang dans les espaces méningés, situés entre le cerveau et la boîte crânienne.

Parmi les facteurs de risques, certains ne sont pas modifiables (âge, sexe, facteurs héréditaires, antécédents personnels). Pour d'autres, une action préventive est souvent possible. Ils concernent :

- Les modes de vie : type d'alimentation, tabagisme, consommation excessive d'alcool, sédentarité et manque d'activité physique ;
- Des paramètres physiologiques dont certains sont consécutifs aux modes de vie : hypertension artérielle en tête de tous les facteurs de risque, diabète, cholestérol, surcharge pondérale, traitements hormonaux chez la femme, migraine.

Les symptômes varient selon le siège et l'étendue de la lésion cérébrale. Ils sont caractérisés par la brutalité de leur apparition. Ils peuvent concerter (Dutems Carpentiers et Périllat-Mercerot, 2015) :

- La motricité : hémiplégie*, hémiplégie* ;
- La sensibilité : hémiparestésie* ;
- Le langage : troubles phasiques pouvant prendre la forme d'aphasie*, dysarthrie* et/ou dysphonie* ;
- Négligence : elle peut être corporelle (absence de conscience d'un hémicorps, le plus souvent gauche, suite à un AVC droit) ou spatiale unilatérale (absence de conscience d'un hémichamps visuospatial)
- Les fonctions exécutives* : syndrome dysexécutivo-comportemental pouvant associer une absence d'inhibition, un trouble de la programmation et de la planification* motrice, un ralentissement psychomoteur et un trouble de la flexibilité mentale* ;

- Les fonctions cognitives* : troubles cognitivo-comportementaux pouvant aller d'une altération de la mémoire, à des troubles attentionnels, en passant par une anosognosie*, des troubles temporo-spatiaux et une labilité émotionnelle ;
- Des douleurs neuropathiques consécutives à la lésion ou à la compression d'un nerf périphérique ou central, qui peuvent prendre la forme d'allodynie* (douleur causée par un stimulus normalement non douloureux), hyperalgie* (réponse exagérée à une stimulation douloureuse) ou hyperesthésie* (sensibilité exagérée à une stimulation non douloureuse).

Par sa brutalité et la multitude des atteintes possibles, la survenue d'AVC provoque un vécu violent et touche le sujet dans la globalité de son identité (Mucchielli, 2009). En effet, la perte des capacités motrices, sensitives, verbales, mnésiques et/ou cognitives entrave le patient, non seulement dans son existence propre, mais également dans son rapport au monde.

PARTIE 3 : Discussion

Tom et Mme K. ont en commun de présenter un corps mal organisé, lié entre autres à une défaillance de la conscience qu'ils en ont. Tous deux vivent dans un corps mal ou partiellement perçu, un corps mal connu ou devenu étranger, un corps mal construit ou déconstruit, un corps mal instrumenté.

Pour Tom, ce désordre pourrait avoir une double origine : neuro-développementale (TDA/H) et psychoaffective, en lien avec un environnement primaire défaillant. Pour Mme K., le désordre est d'origine post-traumatique, consécutif aux lésions cérébrales survenues dans le cadre de son AVC.

Malgré leurs profils très différents en âge, histoire de vie ou pathologie, deux choses m'ont frappée : d'une part, tous deux ont un vécu corporel caractérisé par l'absence de cohérence entre les différentes modalités sensorielles, et d'autre part, la perturbation de la conscience du corps qui en résulte semble être à l'origine d'une image du corps dégradée et d'un trouble identitaire. Les perceptions semblent dissonantes, les représentations qu'ils s'en construisent, pas toujours opérantes, et l'identité discordante.

À ce titre, un travail de conscience corporelle semble fondé pour ces deux patients, adapté bien sûr en fonction de leur profil et de leurs besoins. Car si pour Tom, le manque de conscience corporelle se traduit par une grande agitation, Mme K. semble, quant à elle, enfermée dans un corps partiellement figé. Le travail doit s'inscrire dans une perspective différente : pour Tom, l'aider à construire une représentation de son corps cohérente et unifiée ; pour Mme K, l'accompagner dans le réveil de ses perceptions pour raviver son sentiment identitaire.

I La conscience corporelle, outil privilégié du psychomotricien

« La prise de conscience du corps est un outil primordial et central dans le dispositif thérapeutique des psychomotriciens. » (Pyreire, 2021b, p. 218) Elle s'apparente même à un domaine thérapeutique spécifique au psychomotricien.

I.1 Intérêts thérapeutiques d'un travail de conscience corporelle

Au terme de la partie théorique, nous sommes convenus que la conscience du corps est l'un des soubassements fondamentaux de l'identité du sujet. Nous avons vu également qu'elle se construit étape par étape au cours de l'enfance, sur la base de l'intégration des expériences sensori-motrices qui viennent enrichir la connaissance du corps et ses

potentialités, et s'actualiser dans la relation. À ce titre, il est aisé de concevoir l'intérêt thérapeutique qu'un travail de conscience corporelle peut recouvrer pour nos patients. En leur apprenant à identifier les sensations, à percevoir leurs interrelations, à contrôler le mouvement et à comprendre ses nuances, le psychomotricien peut accompagner le patient vers une amélioration de la conscience de soi, et de l'affirmation de son être singulier.

De nos jours, la conscience corporelle est en vogue et les techniques foisonnent : yoga, eutonie, méthode Feldenkrais, Tai-Chi-Chuan, Qi Qong, Body-Mind Centering® (BMC), méditation de pleine conscience... pour n'en citer que quelques-unes. Pour autant, si le psychomotricien peut s'appuyer sur ces méthodes éprouvées, son objectif n'est pas d'en faire l'enseignement. Il cherche avant tout à en retirer les qualités et la substantifique moelle pour les mettre à profit des besoins de ses patients. Avec son regard aiguisé et son analyse fine des messages portés et véhiculés par le corps, il peut amener des propositions adaptées selon les capacités des patients. Il se positionne en outre dans une perspective d'intégration : savoir ce qu'il donne à vivre au patient et dans quel but.

Dans nos sociétés orientées vers la performance et le résultat, les sensations sont souvent reléguées au second plan. Mener un travail de conscience corporelle vise à se reconnecter à ses sensations, à (re)découvrir son corps sous un nouveau prisme, celui de l'écoute attentive, et à se laisser mouvoir et émouvoir par ce qui émerge. Toutefois, être à l'écoute de ses sensations ne constitue pas une fin en soi. Potel (2010/2015) indique en effet que la sensation ne peut se suffire à elle-même. Elle est la base de tout travail de conscience corporelle, mais doit surtout être utilisée comme le support vers l'éprouvé, l'intégration et la symbolisation. Le rôle du psychomotricien est alors de mener le patient vers l'appropriation de ses perceptions. L'accompagnement à la verbalisation occupe une place importante pour que le patient puisse comprendre ce qu'il ressent et s'en construire des représentations. Le psychomotricien rejoue, en quelques sortes, la fonction contenante de la mère qui interprète et met en mots les éprouvés de son bébé pour qu'il puisse les assimiler et se les approprier.

Plus que de conscience corporelle, Lesage (2015) parle de « corps-conscience » (p. 229), pour rendre compte de l'expérience d'un corps devenu conscient. Pour lui, il s'agit d'éduquer le patient, et de l'accompagner dans son évolution pour qu'il puisse fréquenter et investir son corps en tant que réalité sensible. Il s'agit de convoquer volontairement l'ensemble des éléments : « conscience de soi, de sa densité et ses limites, de ce qui se joue en soi, conscience d'être là en somme, qui renarcisse au besoin » (Lesage, 2015, p. 9). Il ajoute que : « Ce sentir son corps s'investit immédiatement dans une tonalité affective, qui fait plonger chacun dans son processus d'édification, qui est aussi *identification*. » (p. 19). L'auteur

dessine là clairement la relation d'étayage entre la conscience corporelle, la modulation de l'image du corps et les fondements de l'identité.

I.2 **Modalités d'intervention du psychomotricien**

En attirant l'attention du patient sur tout ou partie de son corps, le psychomotricien lui offre la possibilité de le faire exister différemment, voire de le faire exister tout simplement. Plusieurs voies sont possibles, et le travail de conscience corporelle en psychomotricité peut s'enraciner à tous les niveaux du processus sensation-perception-représentation. Selon le patient, son âge, sa pathologie, sa capacité d'introspection et de mentalisation, le psychomotricien privilégie une voie d'entrée plutôt qu'une autre, qu'il choisit en particulier entre des stimulations sensorielles, du mouvement ou des inductions verbales. Il peut aussi commencer par une étape de découverte et de localisation des différents systèmes du corps (peau, os, muscles, articulations, organes) pour les patients qui n'ont pas cette connaissance.

Au niveau sensoriel, les stimulations peuvent être proposées selon une modalité passive ou active. Le psychomotricien peut par exemple convoquer une perception consciente de tout ou partie du corps par le biais d'une méthode de toucher thérapeutique ou de relaxation à induction tactile, mais aussi par auto-contact du patient sur son propre corps, étayé par un guidage verbal. Selon l'objectif poursuivi, il pourra proposer des percussions corporelles qui ciblent le système osseux et sa solidité, des lissages, effleurements à l'aide d'un tissu ou un enveloppement, qui ciblent davantage la peau et l'unité corporelle, des pressions corporelles pour stimuler le système musculaire et sa puissance, ou encore des vibrations qui font résonner les différentes parties du corps permettant de sentir son tout relié.

Compte tenu du couplage sensori-moteur qui guide à la construction du schéma corporel, le mouvement est également une piste de travail intéressante pour la prise de conscience du corps. L'enrichissement des sensations, en particulier proprioceptives, permet d'accéder à une modulation plus fine de la réponse tonico-motrice (Lesage, 2012/2015). Dans le travail de conscience corporelle, la proprioception joue en effet un rôle très important, compte-tenu de ses deux voies de projection. La première, inconsciente, s'arrête au niveau du cervelet après un premier relai spinal. Elle intervient principalement dans le contrôle postural en lien avec le tonus de posture. La seconde, consciente, remonte jusqu'au cortex somesthésique primaire. C'est elle qui est impliquée dans la discrimination de la position segmentaire du corps, mais aussi du sens, de la vitesse et de la force des mouvements conduits. La plupart du temps, le traitement prédominant est inconscient. Appréhender le corps et ses mouvements par la conscience corporelle consiste alors à faire remonter par la voie corticale, des informations qui n'auraient été traitées qu'au niveau cérébelleux. Cette

démarche attentive « accompagne, soutient et harmonise le geste » (Lesage, 2015, p. 40), grâce à une gestualité plus ancrée dans le présent.

En plus d'explorer la manière qu'a le corps de s'engager dans le mouvement, une pratique de conscience corporelle dynamique peut réveiller la mémoire corporelle, et mobiliser émotions et affects. Pour certains individus capables d'introspection et d'extériorisation, l'accès à la verbalisation des ressentis et émotions sera possible. Pour d'autres, c'est au travers du dialogue tonico-émotionnel qu'ils le formuleront, qui selon Lesage les amène à éprouver « l'ancrage corporel de la symbolisation » (Lesage, 2015, p. 9.).

S'appuyant sur les propos de Fortin (2008) pour qualifier les pratiques dynamiques de conscience corporelle, Lesage (2012/2015) parle d'*« éducation somatique »* qu'il définit comme « le champ disciplinaire d'un ensemble de méthodes qui ont pour objet d'étude et de pratique, l'apprentissage de la conscience du corps vivant (soma) en mouvement dans son environnement » (p. 228). Par le mouvement, l'éducation somatique va solliciter tout à la fois les aspects sensoriel, moteur, cognitif et affectif du sujet, inscrit dans une relation à son environnement.

L'objectif n'est pas ici de se centrer sur le geste en tant que technique, mais sur les sensations éprouvées en le réalisant. Il s'agit de penser le processus qui mène au mouvement. C'est l'intention sous-jacente qui prime, non le geste lui-même. Pour cela, le patient doit se décentrer de la performance de l'exécution et diriger son attention sur tout ce qui est mobilisé dans le corps lorsqu'il effectue le geste : isoler les composantes élémentaires, localiser les informations proprioceptives, identifier les coordinations sensori-motrices mises en jeu...

Enfin, le psychomotricien peut également convoquer la conscience du corps par induction verbale : suggérer une sensation, attirer l'attention du patient sur la présence d'une partie de son corps, sa forme, son volume, son poids, sur ses zones de tension, ou encore proposer au patient de se visualiser en train de réaliser un mouvement.

Quel que soit le point d'entrée, toutes ces approches impactent le vécu corporel, et visent à investir tout à la fois le corps et le psychisme pour les faire résonner. La perception du corps est modifiée là où il a été mobilisé, laissant place à une modulation tonique localisée ou généralisée. Compte-tenu de la relation étroite qui unit le tonus et les affects, ces modifications s'accompagnent fréquemment de l'émergence d'une émotion, qui peut à son tour être rattachée à un souvenir. Si le patient en a les capacités, le travail de l'imagerie mentale peut se dérouler et laisser place aux représentations mémorisées.

Par ce mécanisme, les sujets atteints de lésions du système nerveux et privés d'afférences sensorielles peuvent néanmoins continuer à faire exister les parties du corps concernées grâce aux souvenirs des perceptions antérieures. Attachées aux émotions et

affects, elles viennent questionner ou réveiller la mémoire corporelle. C'est ce que Damasio démontre grâce à la théorie de l'encartage.

I.3 Fondement neuroscientifique : de la conscience corporelle au sentiment de soi

La théorie de l'encartage (Damasio, 2002) désigne la construction par le cerveau, en continu et en temps réel, d'une copie intégrale de l'état du corps et de ses interactions avec l'environnement. Ce sont les « cartes » qui, en devenant conscientes, deviennent des « images mentales ». Elles sont stockées en mémoire et leur flux incessant constitue l'« esprit ».

Pour que cet esprit devienne conscience, il faut lui ajouter une perspective singulière le rendant propriétaire des images qui s'y écoulent (Damasio, 2021). C'est le rôle des sentiments, que Damasio distingue des émotions. Les émotions correspondent à l'ensemble des réactions corporelles issues du canal intéroceptif, elles reflètent l'état interne du corps. Les sentiments en sont l'image mentale, la manière dont l'esprit interprète et s'approprie cet état intérieur.

Ainsi, les sentiments participent à l'émergence de la conscience. En s'enrichissant des souvenirs stockés en mémoire (sous forme de cartes neuronales), cette conscience-noyau devient étendue, et mène au « Soi autobiographique ». La conscience étendue permet en effet de traiter les expériences du présent immédiat et l'anticipation du futur, en lien avec la trace des expériences passées. Cette faculté permet d'« engendrer le sens que l'on a de se connaître soi-même » (Damasio, 2002, p. 201).

Ainsi, le « sentiment de soi », dans sa continuité et sa cohérence d'être, se construit à partir des afférences neurologiques sensorielles, qui mènent à une perception d'arrière-plan, toujours-là (Damasio, 2002). C'est cette perception d'arrière-plan que le travail de conscience corporelle vise à ramener sur le devant de la scène, grâce à des expériences somatiques, émotionnelles, relationnelles et symboliques.

II Lorsque l'agitation témoigne d'un manque de conscience corporelle : vers une recherche identitaire de l'enfant TDA/H

II.1 Une double origine à la défaillance de conscience corporelle

Chez Tom, certaines fonctions psychomotrices ne se sont pas mises en place harmonieusement, et cela entrave la prise de conscience de son corps. « Il y a défaut d'instauration, et cela se décrypte dans la façon de bouger, de se tenir, de se situer dans son

histoire propre et à l'égard d'autrui.» (Lesage, 2015, p.10) Compte-tenu de la symptomatologie de Tom et de son histoire de vie, ce défaut de conscience corporelle pourrait trouver une double origine : neuro-développementale au regard de son diagnostic de TDA/H, mais également défaillance de l'environnement primaire, au sens de Winnicott.

II.1.1 L'origine neuro-développementale

Dans le modèle de compréhension à deux voies de Sonuga-Barke¹⁶, la symptomatologie du TDA/H est expliquée par une défaillance du circuit des fonctions exécutives et une aversion au délai. Chez Tom, l'ensemble de ces facteurs semble présent.

Les fonctions exécutives font partie des fonctions cognitives, dites supérieures. Elles président aux processus responsables de la régulation et du contrôle de l'activité cognitive, motrice ou émotionnelle. Chez les enfants TDA/H, les fonctions exécutives les plus impactées sont l'inhibition et le contrôle inhibiteur, la planification*, la flexibilité mentale*, l'attention et la mémoire de travail*. Elles présentent donc un versant cognitif et un versant comportemental. Leur altération a pour conséquence un défaut d'organisation et de contrôle de la motricité, la production de comportements sans rapport avec la tâche en cours, une difficulté à produire et intégrer des séquences motrices nouvelles ou complexes, ainsi qu'une labilité émotionnelle.

L'aversion au délai repose sur un dysfonctionnement du circuit de la récompense. L'enfant TDA/H privilégie la récompense immédiate, ce qui l'amène à agir de manière impulsive, à s'agiter ou à porter son attention sur tous les stimuli non temporels, au détriment d'un comportement adapté aux exigences de l'environnement. L'intervention du milieu humain est là indispensable pour lui apprendre à gérer ce gradient temporel, et à reconnaître son intérêt supérieur.

Chez Tom, nous retrouvons nombre de ces dysfonctionnements, et sa symptomatologie croise les deux dimensions évoquées.

Sa capacité d'inhibition et sa flexibilité mentale sont très fragiles, ce qui l'empêche de stopper une réponse automatique ou de produire des actions adaptées aux consignes. Le passage d'un comportement à un autre en fonction des exigences de l'environnement le met en difficulté, ce qui peut être source de frustration et d'énerverment. Dans ces cas-là, il n'est plus maître ni de son corps ni de ses émotions, et abandonne facilement les activités. Peut-être cherche-t-il à ne pas être confronté à l'échec ?

¹⁶ Modèle de Sonuga-Barke présenté en annexe II (Marquet-Doléac, 2015, page 90)

Au début de sa prise en charge, Tom avait beaucoup de difficultés, lors des séquences de conditionnement, à attendre le signal pour réaliser la consigne indiquée. Il avait besoin de rappels fréquents pour inhiber son impulsivité. Nous avons néanmoins remarqué qu'il était plus attentif aux signaux sonores que visuels, qui lui demandaient un effort moins important de concentration. Régulièrement, il arrêtait les activités avant la fin, parfois avec d'importantes décharges toniques, parfois dans l'abandon total de son corps au sol, mais toujours accompagné d'un vacarme certain.

Tom manque de contrôle inhibiteur, ce que l'on peut relier à une attention sélective défaillante. Il a du mal à se concentrer sur la tâche en cours, à résister aux interférences et à faire abstraction des distracteurs. Son aversion au délai l'empêche de persévérer et de contrôler son activité corporelle. Son ancrage dans le temps immédiat perturbe son attention. Il semble être encore dans le corps vécu et non dans le corps représenté.

Chaque semaine, Tom s'attarde sur le matériel rangé dans le vestiaire du gymnase. Un jour, il s'empare du physioball sans demander la permission, et se met à le jeter fortement dans le gymnase, risquant de bousculer une autre enfant. Il est très contrarié lorsque nous lui demandons d'aller la ranger. Frustré, il se met à crier de plus en plus fort, et à donner des coups de pieds dans les équipements. Nous prenons le temps de parler avec lui pour l'aider à retrouver son calme, il finit par rejoindre le groupe et prendre plaisir à réaliser les activités proposées. Mais au milieu de la séance, résistant difficilement aux stimuli environnants, il repart chercher le physioball et recommence. À nouveau, nous intervenons, mais cette fois il refuse de finir la séance. Il reste seul, énervé, dans le vestiaire, en continuant de crier. Son plaisir immédiat et son besoin de bouger ont été plus forts ce jour-là, le privant ainsi de la participation à la séance. Il ne reviendra qu'au moment de la relaxation qu'il apprécie tout particulièrement, et qui lui permet de retrouver son calme grâce à la contenance.

Tom a du mal à être attentif à deux consignes simultanément. Compte-tenu de cette carence en attention divisée, la double tâche est coûteuse. Elle lui demande un effort de concentration soutenu et engendre une grande fatigue. Chaque consigne peut en revanche être réalisée séparément sans difficulté.

Lors d'un parcours moteur visant à travailler l'équilibre et les coordinations globales, nous proposons une marche talons-pointes. Puis, nous ajoutons une difficulté en posant un sac lesté sur la tête, afin de travailler le contrôle postural. Au premier passage, Tom réalise le parcours un peu rapidement, mais sans trop de désorganisation. Au second passage, il ne parvient plus à coller ses pieds, trop concentré sur le fait de maintenir le sac sur la tête. Fatigué et découragé par la difficulté, il finit par abandonner l'exercice et s'allonger au sol. Au-delà de la fragilité de ses capacités attentionnelles, cette vignette met en exergue un manque d'intégration au niveau de l'axe corporel : il n'en a pas un maintien automatique.

Tom a un trouble de la planification. Il est en difficulté pour organiser une série d'actions sous forme d'une séquence optimale pour atteindre un but, ou pour maintenir son but. Ce

manque d'élaboration motrice est possiblement lié aux difficultés d'adaptation gestuelle qu'il présente par rapport aux informations issues du corps propre et de l'environnement. La faiblesse de sa mémoire de travail ne permet pas de soutenir cette organisation. Ainsi, il va se disperser, s'éparpiller dans ses productions, ou faire des propositions de mouvements improbables qu'il n'arrive pas à maintenir.

Les séances commencent toujours par une séquence rythmique. Tom a beaucoup progressé sur l'adaptation au rythme. En revanche, il se retrouve en difficulté lorsque nous lui demandons de faire une proposition. Il agit de manière désordonnée, au hasard de sa pensée, tape dans les mains, sur la tête, sur ses cuisses, le sol etc... sans être capable de reproduire à chaque fois la même séquence. Son geste n'est pas planifié, il ne peut pas s'en rappeler et ne parvient pas à l'automatiser.

II.1.2 Les facteurs psycho-affectifs : une enveloppe défaillante

Si le manque de conscience corporelle de Tom s'explique largement par ses difficultés à fixer son attention et à mobiliser son corps de manière contrôlée, il est probablement aussi très intriqué à la défaillance de son environnement primaire. Nous pouvons poser l'hypothèse que, du fait de ses difficultés psychologiques, la mère de Tom n'a pas pu jouer de manière efficiente son rôle pare-excitateur ni sa fonction α. Par ailleurs, si jeune soit-il, l'existence de Tom est déjà marquée par de nombreuses ruptures : absence de père, changement d'école, hospitalisation de 3 semaines, accueil séquentiel au Phare, évincement du milieu scolaire ordinaire pour aller en hospitalisation de jour... En se construisant sur la base de ces carences d'interactions précoces et de ces discontinuités temporelles, nous pouvons aisément imaginer que Tom a manqué de la sécurité affective nécessaire pour lui permettre d'investir son corps harmonieusement et de l'instrumenter correctement.

Privé de la capacité de devenir un sujet confiant, la découverte du monde qui l'entoure et la construction de son identité sont rendues difficiles. Dans ce contexte, l'agitation peut alors apparaître comme une tentative de contenir l'angoisse à travers le mouvement. Les décharges motrices peuvent être utilisées pour récupérer quelque chose d'une enveloppante défaillante. Paradoxalement, alors qu'il vient désorganiser sa motricité, le mouvement, y compris dans ses modalités explosives, pourrait jouer le rôle d'organisateur psychique.

Pendant plusieurs mois, Tom n'arrive pas à entrer dans les séances dès le début. Il a besoin d'un certain temps avant de pouvoir participer aux propositions, comme un sas de décompression. Au lieu de s'asseoir le long du mur pour attendre les consignes, son rituel consiste à taper contre les murs, donner des coups de pieds dans les matelas ou grimper et sauter du haut de l'espalier. Ce n'est qu'au terme de ces décharges tonico-motrices qu'il devient capable de s'insérer dans le déroulement de la séance. Cette agitation motrice en boucle semble lui permettre, au-delà de lâcher quelque chose, de se contenir pour être présent pour la suite.

Par ailleurs, en référence au concept d'enveloppe psychique de Bick, les conduites d'agitation peuvent être considérées comme une façon de mobiliser une « seconde peau psychique » pathologique (Decoopman, 2010). Face au manque d'intégration primitive des fonctions du Moi-peau, l'enfant TDA/H pourrait, en ayant recours au mouvement perpétuel, se constituer une peau de substitution procurant l'illusion de se sentir. En effet, en multipliant les informations proprioceptives, le mouvement vient solliciter les fonctions musculaires. Le jeu tonique permet alors d'assurer une fonction de contenance et d'interface (Lesage, 2012/2015). Si elle lui permet de se sentir, cette hyperkinésie met Tom en difficulté dans les interactions et activités à tour de rôle. Il a beaucoup de mal à gérer les temps d'attente.

Lors des parcours psychomoteurs, Tom passe souvent le premier. Mais attendre son tour pour recommencer en regardant les autres lui est alors impossible. Il s'agit, perturbe le déroulement et recommence avant d'y être invité. Cette répétition de sensations semble être un moyen pour lui d'arriver à intérieuriser une continuité d'existence sécurisante. Car sans cela, il passe à l'autre extrême et s'effondre au sol. N'ayant pas intérieurisé le sentiment continu d'exister, Tom le comble avec une agitation motrice permanente qu'il alterne avec des moments d'effondrement tonique, mettant en évidence sa dysharmonie tonique. Ce n'est qu'en le rendant acteur de la passation des autres enfants que nous parvenons à l'aider à canaliser ces extrêmes : soit en commentant leur progression pour signifier ce qui est bien réussi, soit en les chronométrant (ce qu'il préfère).

Ce besoin de stimulations sensorielles importantes vient faire écho à l'idée que Tom repère et différencie peu les sensations de son corps. Peut-être ont-elles conservé un caractère énigmatique ou anxiogène, du fait d'une défaillance de la fonction maternelle contenante. En effet, les sensations non accueillies et non mises en sens par l'environnement humain restent des impressions de sens brutes, au sens de Bion. La fonction α inopérante aboutit alors à l'accumulation d'éléments β bruts non assimilables, ceux que Bion désigne par objets bizarres et terreurs sans nom. Et c'est un cercle vicieux : plus les éléments non digérés s'accumulent, plus la capacité de l'enfant à penser la réalité diminue. Selon cette hypothèse, Tom n'accède pas à une pensée structurée, relativement au vécu qu'il a de son corps propre et de ses échanges avec l'environnement.

II.2 Développer la conscience du corps pour accéder à la conscience de soi

Compte-tenu du profil et de l'âge de Tom, il était impensable de lui proposer un travail de conscience corporelle en lui demandant de porter une attention dirigée à son corps. Nous avons mené ce travail en mouvement et de manière ludique, pour lui permettre d'éprouver son corps dans des situations variées, le nourrissant de stimulations diverses. En parallèle, nous avons travaillé sur les fonctions exécutives pour lui apprendre à ralentir, à réfléchir avant d'agir, et à tenir compte de ses signaux internes et de ceux du milieu. Notre objectif premier était de

moduler la perception de ses éprouvés corporels, à la fois pour lui permettre une meilleure intégration de son schéma corporel, base indispensable à un vécu corporel cohérent et représenté, mais aussi pour l'aider à percevoir son enveloppe corporelle et à construire une représentation stable de lui-même. Il s'agissait donc de l'aider à organiser son corps, lui permettre de le connaître, le ressentir, savoir l'utiliser et pouvoir en parler. En quelques sortes, l'aider « à mettre de l'ordre dans cet espace corporel aux limites imprécises » (Lesage, 2015, p. 230).

II.2.1 Une multitude d'expériences sensori-motrices ciblées

Au début de la prise en charge, Tom est capable de nommer et situer la plupart des parties de son corps à l'exception de quelques zones, dont les hanches qu'il ne connaît absolument pas. Pour autant, nous ne pouvons pas considérer qu'il a bien intégré son schéma corporel. Il éprouve en effet des difficultés à ressentir son corps, à en établir une représentation unifiée et à s'en servir de repère pour organiser sa motricité dans l'espace.

Tom présente donc un corps désorganisé. Il est spontanément dans un versant plutôt hypertonique, ses bras se balancent beaucoup tout en étant assez rigides, il fait des grands gestes, ce qui génère quelques maladresses, son pas est lourd, ses sauts sans rebond, et sa démarche parfois maniérée sur la pointe des pieds. A certains moments, son corps paraît robotisé, à d'autres on le croirait plutôt désaxé, sans cohérence.

Tom présente des difficultés dans l'intégration d'une sensation continue de son corps. Et c'est par le mouvement perpétuel et le recrutement tonique qu'il passe pour le ressentir, comme s'il présentait une hyposensibilité proprioceptive.

Toute l'année, un temps de relaxation a été proposé aux enfants en fin de séance. Au début de l'année, nous réalisions un passage de balle à picot sur l'ensemble du corps, tout en nommant les parties mobilisées, pour permettre aux enfants d'éprouver leur continuité corporelle et d'en créer une représentation. Tom sollicitait toujours un appui marqué. Constatant ce besoin de pressions profondes, je lui ai proposé, lorsque j'ai senti que le contact direct était possible, des pressions corporelles. J'ai insisté sur le fait que c'était à lui de me guider quant à la force d'appui qu'il souhaitait recevoir. Les premiers temps, il avait besoin d'une pression importante. Récemment, il m'a demandé d'appuyer moins fort. Peut-être le travail d'intégration proprioceptif opère-t-il, et qu'à force de stimulations, Tom commence à ressentir davantage son corps, sa continuité et ses limites.

Tom présente une dysrégulation tonico-émotionnelle et tonico-posturale. Il alterne entre des moments d'agitation motrice extrême avec un recrutement tonique important, lui-même accru par un tonus pneumatique, et des moments d'effondrement tonique avec des chutes au sol et un abandon du corps. Tom est ainsi dans une alternance tonique entre les deux pôles sans accéder à une ambivalence tonique. Pour l'y aider, nous avons proposé de

nombreuses situations lui permettant d'expérimenter les opposés et les alternances, pour pouvoir progressivement intégrer une tonicité intermédiaire.

Parmi ces activités, « le Monde du Bruit et du Silence » a été très intéressante pour Tom. Le gymnase est séparé en deux espaces distincts, et l'un des participants se déplace avec un ruban de GRS en passant d'un monde à l'autre. Les autres enfants ferment les yeux et doivent deviner où il se trouve. Dans le monde du bruit, le ruban bouge vite et fort, tandis que dans le monde du silence, les mouvements sont plus lents et légers. À l'oreille, Tom devine aisément dans quel monde nous nous trouvons à chaque fois. Lorsque c'est à son tour, il gère les contrastes toniques avec une gestuelle adaptée. Bien qu'il préfère le monde du bruit, dans lequel il peut s'agiter, il arrive à exécuter des mouvements plus doux, plus lents et plus fluides, sans pour autant que cet abaissement tonique ne soit synonyme d'abandon du corps au sol. Le ruban sert d'objet médiateur pour visualiser l'effet de ses gestes. La fonction proprioceptive, en tant que coordination entre la vue et la sensibilité profonde, a permis à Tom d'élaborer sur les écarts entre les deux mondes : en fin de séance, il verbalise les types de mouvements appropriés à chaque monde, en termes de puissance et d'amplitude. C'est une première étape, la suivante est de le faire parler des différences ressenties dans son corps.

La triade symptomatique du TDA/H entrave le contrôle tonico-postural et tonico-moteur de Tom. Il est précipité dans ses déplacements, marche régulièrement sur la pointe des pieds et présente par moments des difficultés de tenue axiale. En revanche, en position assise ou allongée, Tom est souvent moins agité, bénéficiant de plus d'appuis au sol. Peut-être pouvons-nous formuler l'hypothèse que sa difficulté de régulation tonico-émotionnelle est en lien avec la fragilité de l'intégration de son axe corporel et de ses appuis psycho-corporels.

Lors d'une séquence rythmique, nous demandons aux enfants de se positionner debout en cercle, paume de la main droite posée au-dessus de celle du voisin de droite, et inversement pour la gauche. La consigne consiste à faire circuler un rythme avec la main droite, en croisant l'axe pour aller taper dans la main du voisin de gauche. Tom s'est trouvé en difficulté, il utilise spontanément sa main gauche pour taper à gauche. Le croisement de l'axe n'est pas simple, il nécessite beaucoup d'étayage. Cela peut laisser supposer que Tom n'a que partiellement intégré son axe corporel.

Au regard de ce constat, nous pouvons poser l'hypothèse que l'espace du torse que Bullinger associe aux coordinations droite-gauche autour de l'axe corporel n'est pas encore totalement intégré. Base indispensable pour instrumenter le corps dans un espace de préhension unifié, nous avons donc continué à le travailler.

Au cours d'un travail d'étirement autour de l'axe corporel nous demandons aux enfants de s'allonger au sol en étoile de mer puis de mettre en tension alternativement certains membres jusqu'au bout des extrémités. Tom réussit parfaitement les étirements controlatéraux. Il peut mobiliser un membre supérieur et le membre inférieur opposé, en contactant les différents niveaux toniques recherchés. Cette coordination-dissociation des espaces droite-gauche autour de l'axe corporel milite pour une progression de l'intégration de l'axe corporel au fil de l'année.

Au cours de la même proposition, nous avons en revanche constaté une fragilité des coordinations et dissociations du haut et du bas du corps (espace du corps selon Bullinger). Celle-ci pourrait être à l'origine de mouvements mal synchronisés, des sauts pieds joints difficilement réalisables avec légèreté, et de sa difficulté à s'accroupir en tenant son axe.

Tom a beaucoup de mal à réaliser des étirements en dissociant les membres supérieurs et les membres inférieurs. Il recrute systématiquement le haut du corps lorsque la consigne est de n'étirer que les membres inférieurs, en s'appuyant fortement sur les mains (sa position est proche d'une forme d'agrippement). Par ailleurs, Tom a besoin qu'on lui propose une résistance au niveau des pieds par un appui main renforcé, pour pouvoir mettre du tonus jusqu'au bout des orteils. Il est possible que ces difficultés soient reliées à sa méconnaissance des hanches, en tant qu'axe de communication entre le haut et le bas du corps.

Au sujet des hanches, Lesage (2012/2015) évoque en effet la fréquence de « ces quelques centimètres inhabités qui révèlent une coupure et une dysconnexion entre haut et bas du corps » (p. 198). Il le relie au manque d'expérimentations au sol des bébés ou à la symbolique attachée à cette zone, lui conférant un aspect « tabou ». Ainsi, pour accompagner Tom dans l'élaboration instrumentale de son bassin, nous sommes repassés par l'exploration des Niveaux d'Évolution Motrice (NEM) pour travailler les schèmes homolatéraux (ramper), controlatéraux (4 pattes), et homologues (sauts, équilibre). Nous avons également renforcé la connaissance des zones lacunaires du schéma corporel, ainsi que travaillé sur les articulations, dans un mode expressif, pour faire ressortir leurs fonctionnalités à la fois reliant et différenciant.

II.2.2 L'apport de la fonction contenante

Au début de sa prise en charge, Tom présentait un manque très significatif d'intégration dans le temps. Son aversion au délai, en lien avec le TDA/H, le place dans le temps immédiat. Différer une action ou lui demander de faire quelque chose qu'il n'a pas anticipé rend son vécu très anxiogène. C'est une incursion dans sa temporalité, et la frustration qui en résulte se manifeste par des crises de colère, voire des crises clastiques.

Un matin, alors que nous allons chercher les enfants à l'unité comme toutes les semaines, Tom est en train de peindre. Il refuse d'interrompre son activité pour venir en séance de psychomotricité, signalant que sa mère lui a dit de toujours terminer un travail entamé. Tout en le rassurant sur le fait qu'il pourra reprendre son activité après la séance, nous insistons pour qu'il vienne. Il entre alors dans une colère noire, renversant toutes les chaises sur son passage, et hurlant « Non, je ne viendrai pas ! ». Pourtant, comme tous les mercredis depuis 5 mois, il sait qu'il a le groupe de psychomotricité. Il le sait, il peut le voir sur son planning, mais il ne l'a intégré. Il a encore besoin de répétition. Rien ne permet ce jour-là de le ramener dans la relation, il reste enfermé dans son monde interne.

A contrario, Tom veut toujours savoir ce que nous allons faire la semaine suivante. En cours de séance, il demande également régulièrement combien de temps il reste avant la fin. Il a besoin de repères pour pouvoir se projeter. Le présent ne semble pas vécu comme la jointure entre le passé et le présent, mais comme la projection du futur. Ainsi, pour faire du lien avec son passé, nous lui demandons chaque semaine de se remémorer le contenu de la séance précédente. Pour constituer la stabilité de son identité dans le temps, l'appel à la mémoire et au souvenir de l'expérience jouent en effet un rôle important et structurant. Elles lui permettent d'éprouver sa continuité temporelle.

Un gros travail sur l'intégration et l'adaptation au rythme a été réalisé au cours de l'année. Chaque semaine, différentes propositions ont été réalisées : percussions musicales, percussions corporelles, comptines de mains, circulation de formes rythmiques, séquences motrices, mimes en rythme... Les progrès de Tom sont considérables, il arrive désormais très bien à reproduire les rythmes et à s'ajuster aux différents tempos. Il lui est encore difficile de proposer une séquence rythmique récurrente au groupe, mais avec étayage, en l'incitant à nommer les gestes qu'il exécute, il parvient à stabiliser sa proposition. Ce travail, très structurant pour Tom, a contribué à la mise en place d'un cadre contenant.

Six mois après le début de la prise en charge, Tom propose de faire un check en fin de séance. Je rebondis sur cette idée pour lui proposer de créer le « check psychomot' ». Ensemble, avec les trois enfants du groupe, nous choisissons la gestuelle, la répétons plusieurs fois, et décidons que ce check sera notre rituel d'entrée et de sortie de séance. Fier de lui, Tom court en faire la démonstration aux psychomotriciennes du service. Il faudra deux ou trois séances pour qu'il intègre complètement les gestes. Désormais, ils sont automatisés et plus une séance ne se passe sans le « check psychomot' ». Tom en est d'ailleurs le principal demandeur.

Il est possible que l'instauration de ce rituel ait contribué à la venue plus apaisée de Tom en séance. En effet, ses décharges toniques initiales diminuent peu à peu et ses phases d'opposition s'espacent. Il vient désormais avec plaisir, comme si ce rituel participait d'une enveloppe contenante lui permettant de s'éprouver dans une plus grande continuité.

Pour renforcer ses limites corporelles particulièrement fragiles, nous poursuivons ce travail de contenance en proposant plusieurs expérimentations sensorielles, mais aussi des jeux symboliques : percussions osseuses, pressions profondes, lissages, dessin des contours du corps avec une balle, enveloppement... mais aussi construction d'une cabane.

Tom est très enjoué à l'idée de construire une cabane. Il installe tout d'abord des tapis pour en délimiter le sol puis prend un bloc moteur pour faire son lit. Il demande de l'aide pour construire le toit et les murs avec des plots, des draps et des tapis. Il s'organise très bien et planifie la construction de manière avisée. Tom s'approprie immédiatement le lieu, il annonce : « C'est ma maison ». Il nous propose de visiter son intérieur et imagine une douche, une cuisine et un garage. Tom est très précautionneux, ses gestes sont mesurés. Malgré l'excitation liée à l'activité, il contient son agitation. Lorsque le toit s'effondre, il n'a pas d'accès de colère. Très calmement, il se mobilise pour le réparer, et se réinstalle au centre de sa cabane. Il se sent contenu, assis dans ce tout petit espace, sécurisé.

Grâce à l'ensemble des expériences proposées à Tom, ce dernier commence à distinguer le dedans du dehors et le dur du mou. Son schéma corporel est mieux structuré, ses limites corporelles se dessinent, il se vit dans une plus grande continuité et entre dans la relation. Grâce à une meilleure conscience de son corps, il prend conscience de lui-même en tant que sujet capable d'agir sur et avec le monde.

II.3 L'évolution de Tom : vers une structuration psychocorporelle

Encore à ce jour, Tom est habité par des angoisses archaïques¹⁷ et une peur de l'abandon. Ses lâchages toniques, bien que plus rares, traduisent probablement des angoisses d'effondrement, contre lesquelles il se défend par un mécanisme d'agrippement. Agrippement à l'adulte, agrippement au matériel, agrippement par recrutement tonique. Néanmoins, sa relation aux adultes évolue. Alors qu'il sollicitait souvent une relation sur un mode archaïque, une proximité corporelle et une relation duelle, il peut désormais passer du temps seul. Au sein de son unité, il arrive à ne plus se désengager d'une activité dès que l'adulte s'éloigne. En séance de psychomotricité, alors qu'il fallait souvent le remobiliser par une activité en duo, il arrive aujourd'hui à s'inscrire plus harmonieusement dans un fonctionnement collectif pour partager les activités avec le groupe. Régulièrement, il participe désormais à l'ensemble des activités proposées, et ses stratégies d'évitement face à la difficulté ou à l'engagement relationnel sont moins marquées.

Peu à peu, Tom apprend à se connaître. Il arrive mieux à identifier ses sensations, ressent les nuances de stimulations proprioceptives et fait preuve d'une régulation tonique plus adaptée dans les activités. Bien qu'il reste agité, les moments de décharges toniques sont

¹⁷ L'archaïque est entendu ici comme la période comprise entre la naissance et le complexe d'Œdipe

moins fréquents. Il verbalise davantage ses besoins et peut formuler son mécontentement ou son désaccord sans entrer en opposition ou en crise clastique. Lorsqu'il en ressent le besoin, il est désormais capable de s'isoler calmement dans le vestiaire pour se reposer, il reste en effet très fatigable. De plus, Tom commence à reconnaître ses états émotionnels et à les rattacher à une raison : « *Je suis content car j'ai fait des cookies et ils sont très bons* ». En travaillant séparément mais simultanément les composantes de l'image du corps définie par Pyreire (2021b), Tom gagne en confiance et en estime de lui.

Toutefois, ses performances motrices et cognitives restent très labiles selon son état psychique. Angoissé et très relié au vécu de sa mère, il peut vite être envahi de pensées anxiogènes. Ces pensées-là, qui lui ôtent toute disponibilité psychique pour les apprentissages, sont celles qu'il n'a jamais pu exprimer lors des séances de psychomotricité.

En référence à Winnicott, Guerra (2018) parle du « faux self moteur » de l'enfant TDA/H. Pour pouvoir faire tenir son identité, il irait se réfugier dans la construction d'un faux self, amplifié sur le plan de la motricité. L'agitation et la motricité désorganisée tiendrait d'un mécanisme de défense. Le mouvement exagéré et répété servirait à le protéger de son vécu intérieur, c'est-à-dire de son vrai self blessé. Ainsi, il permettrait d'alimenter le sentiment d'enveloppe malmenée pour nourrir le noyau intime de la personnalité. Le cadre spatio-temporel proposé à Tom en psychomotricité, dans sa forme groupale et son déroulement ritualisé, les médiations mises en œuvre ainsi que la fonction de structuration psychique que nous avons essayé, ma binôme et moi-même d'assurer, ont eu un effet contenant sur Tom. En complément de toutes les autres prises en charge dont il bénéficie, et de la contenance du cadre institutionnel, ce dispositif lui a permis de rendre plus supportable les tensions qui le menaient à l'explosion. Peu à peu, dans cet espace transitionnel devenu possible, nous l'aidons à construire sa pensée, celle qui présidera à l'émergence de son vrai Self, c'est-à-dire à la construction de son identité.

L'an prochain, les modalités de prise en charge de Tom pourraient évoluer vers des séances individuelles. Les progrès tonico-posturo-moteurs sont tels que la priorité semble désormais ailleurs. Un travail renforcé autour des limites corporelles, tout en poursuivant l'intégration multisensorielle, le renforcement des appuis et de l'axe, pourrait être adapté. Traiter ses angoisses archaïques et offrir à Tom une fonction contenante pare-excitatrice dans un cadre apaisant, pour lui permettre de structurer sa pensée et tendre vers la symbolisation, pourraient constituer des axes thérapeutiques tout à fait pertinents. Ils permettraient de soutenir la valorisation de son image du corps et d'asseoir ce sentiment de continuité d'existence qui commence à naître.

III Lorsque l'immobilité témoigne d'un manque de conscience corporelle : rupture du sentiment identitaire de l'adulte cérébro-lésé

Sans l'avoir connue avant, je devine que depuis son AVC, Mme K. n'est plus la même. La perte de ses fonctions sensorielles et motrices dans l'hémicorps gauche, mais aussi ses douleurs et la fatigue engendrée par le handicap semblent l'avoir coupée d'elle-même. La brutalité et l'imprévisibilité de l'AVC laissent un sentiment d'impuissance et constituent en soi un traumatisme. Pour Mme K, le traumatisme est double, dans la mesure où il s'est produit alors qu'elle venait de mettre au monde son troisième enfant. La vie qu'elle a donné s'est associée à la maladie et à l'impossibilité d'assumer sa maternité.

III.1 Les remaniements provoqués par l'AVC

Les lésions neurologiques à l'origine de l'AVC attaquent l'intégrité biologique, organique et fonctionnelle du sujet. Qu'elles soient simplement ressenties par le sujet ou visibles pour l'entourage, elles sont à l'origine de ruptures dans le vécu corporel et identitaire.

III.1.1 Conséquences sur le vécu corporel

La perte des afférences sensorielles et des efférences motrices consécutives à l'AVC impactent fortement le schéma corporel. La représentation que le sujet se fait de son corps est perturbée par le manque d'intégration de ses expériences, et génère une discontinuité des sensations. En entravant fortement la conscience corporelle, l'absence de cohérence des entrées sensorielles et l'altération des capacités motrices perturbent également l'adaptation à l'espace, l'activité gestuelle ainsi que la vie relationnelle (Sève-Ferrieu, 2001).

Par ailleurs, Lesage (2012/2015) nous rappelle qu'« une expérience du corps discontinue désorganise le sentiment de continuité temporelle du sujet » (p. 23). Le déficit proprioceptif en particulier éclaire bien les conséquences possibles au niveau de l'identité corporelle. En effet, à l'inverse des autres sens, c'est lorsque la proprioception connaît un dysfonctionnement que nous prenons conscience de son existence et de son importance. Dans son ouvrage « *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau* », Sacks (1985) raconte l'histoire de Christina qui, à la suite d'une inflammation des nerfs, a perdu la sensibilité proprioceptive avec l'impossibilité de situer son corps physiquement par rapport à son environnement. Elle décrit un sentiment de bizarrerie, tel un corps désincarné. Cette histoire illustre bien comme la proprioception, au travers de sa présence si familière, nous fait oublier combien elle est fondamentale, et même indispensable, pour nourrir non seulement la conscience du corps, mais aussi le sentiment continu d'exister.

Au niveau du membre supérieur gauche, Mme K. a un déficit proprioceptif localisé principalement au niveau de la main. Ainsi, elle a du mal à discriminer sa position et compense par la vue. Lorsqu'elle constate que ses doigts sont recroquevillés du fait de l'hypertonie spastique, elle les mobilise pour les étirer. Cela lui permet de conserver une certaine souplesse digitale et de prévenir les rétractations musculaires. Par ailleurs, ces stimulations tactiles et proprioceptives ont l'immense mérite de continuer à faire exister les segments endormis dans son schéma corporel pour lui permettre de conserver une unité corporelle et une continuité d'existence.

III.1.2 Conséquence sur l'image du corps et le vécu identitaire

L'AVC provoque un bouleversement profond, parfois une rupture identitaire. Il constitue une effraction dans le vécu psychique du sujet, le ramenant sans cesse à ce qu'il a été, ce qu'il n'est plus, et ce qu'il ne pourra peut-être plus jamais être. À ce titre, l'AVC est à l'origine d'une véritable attaque narcissique, venant perturber violemment l'image du corps. Les nombreux dysfonctionnements somatiques, en lien avec l'altération du schéma corporel et de la conscience du corps, sont sources d'empêchement corporel, mais aussi psychique. Ils altèrent le sentiment d'unité et de continuité d'existence, ils provoquent ce qui peut s'apparenter à un traumatisme psycho-corporel.

Ainsi, il n'est pas rare de constater des troubles psycho-affectifs réactionnels, tels que des épisodes dépressifs et des troubles anxieux.

C'est le cas pour Mme K. lorsqu'elle est admise à l'HDJ. Très déprimée, elle est envahie par ses émotions et pensées négatives lors des séances de rééducation qui la placent face à ses incapacités. Elle a alors tendance à se murer dans le silence ou à se réfugier sur son téléphone portable. Une prise en charge psychologique soutenue a été nécessaire dans un premier temps. L'investissement de sa prise en soins passe en effet par un travail d'acceptation préalable.

Mme K. a été touchée dans tous les secteurs de sa vie et toutes les facettes de son identité. Dans son identité psychocorporelle, nous venons de l'évoquer, mais aussi dans son identité de femme, de mère, d'épouse, de maîtresse de maison, de fille, de sœur, tout autant que dans son identité professionnelle et sa vie sociale. Cependant, elle ne semble pas investir uniformément les différents aspects. En particulier, elle n'a jamais parlé de la relation avec son époux, peut-être par pudeur et/ou influence culturelle, ni de sa vie professionnelle. En tant qu'aide-soignante hospitalière, nous pouvons imaginer que se retrouver dans la position du soigné reste compliqué à appréhender. C'est en tant que mère qu'elle se manifeste le plus.

Mme K. l'a dit dès la première rencontre : « Je veux au moins redevenir mère, même si je ne redeviens pas femme. » Néanmoins, elle n'a pas le même discours vis-à-vis de son bébé et de ses deux enfants ainés. Elle parle régulièrement de ces deux derniers, mais semble avoir des sentiments mêlés vis-à-vis de la maternité. Pendant longtemps, ce fut l'omerta, tant elle porte une forte culpabilité vis-à-vis de son bébé. Ses propos étaient très durs : « Je ne suis qu'une mère porteuse, j'ai porté le bébé et je suis morte », ou bien encore « Je n'aime pas mon bébé », comme pour se protéger du traumatisme traversé. Au fil de la récupération de ses capacités, elle parvient à investir la relation avec sa fille, mais reste consciente et peinée des conséquences de l'absence d'interactions précoces. « Il n'y a pas encore le lien, mais ça se construit », nous a-t-elle confié lors de la dernière séance.

III.2 La prise en charge de Madame K. en psychomotricité

III.2.1 Le travail de conscience corporelle

« Faire que le patient habite son corps, c'est aller là où il peut l'investir, c'est l'accompagner dans des incertitudes pour le conduire vers du possible. » (Dutems, 2021, p. 79)

En neurologie, le travail de conscience corporelle conduit en psychomotricité, vise prioritairement à permettre aux patients d'abaisser leur seuil de perception. Les débuts de prise en charge sont marqués par une phrase récurrente « *je ne sens rien, il ne se passe rien* ». Et pourtant, en éduquant leur écoute corporelle et à force de répétition, des sensations et mouvements, aussi minimes soient-ils, deviennent perceptibles. Il n'y a rarement « rien ».

Le cerveau dispose de mécanismes lui permettant de simuler le corps même s'il a été amputé, c'est le cas pour les membres fantômes. Ceux-ci peuvent être animés par une intention de mouvement. Ce sont les neurones miroirs dans le cortex pré-moteur qui prennent en charge en partie ces phénomènes, en s'activant aussi bien lorsque le sujet accomplit une action ou qu'il observe un autre la réaliser (Berthoz, 2010a). Ce mécanisme est d'autant plus précieux pour réveiller les circuits sensoriels et moteurs lésés par un AVC, que le corps conserve la trace mémorielle du mouvement, en y associant des souvenirs chargés d'affects.

Un jour, Mme K. arrive très éprouvée par le fait de ne pas retrouver l'usage de sa main gauche, ce qui l'empêche de donner le biberon à sa fille. Nous lui proposons un travail de conscience digitale pour solliciter l'opposition du pouce, indispensable à la pince fine. Nous plaçons son pouce en extension avec une résistance pour lui apporter des afférences tactiles et proprioceptives. Puis nous l'invitons à penser le mouvement de flexion, à s'imaginer en train de le faire, tout en regardant attentivement son pouce. Bien qu'elle ne sente rien, notre feed-back est inverse. Nous percevons une très légère impulsion dans le pouce, l'intention du mouvement est là. Nous l'invitons à faire le même mouvement de la main droite, pour conscientiser le schéma moteur. En voyant ses deux mains posées sur ses cuisses, Mme K. associe la situation aux parties de jeux vidéos qu'elle faisait avec ses frères, et cela la motive. À force de répétition, le mouvement devient légèrement visible, elle est heureuse et demande qu'on la filme.

Face au succès de cette expérience avec Mme K., le travail de conscience corporelle autour du membre supérieur s'organise autour de la représentation mentale des activités de son quotidien. Ainsi, puisqu'elle adore le café, nous lui proposons d'imaginer qu'elle le verse dans une tasse (pronosupination de coude), qu'elle remue le sucre (rotation du poignet), puis qu'elle le boive (flexion-extension de coude). Progressivement, elle s'approprie la démarche et devient force de proposition : elle s'imagine en train de porter son bébé contre son bras gauche pour lui donner le biberon (adduction d'épaule).

Par ailleurs, à force de lui répéter que porter son attention sur une zone permet de faire baisser les tensions, elle finit par prendre conscience de ses excès toniques, ses défauts posturaux ou encore sa respiration bloquée lors de la mobilisation du membre supérieur. Elle n'arrive pas encore à les corriger longtemps, mais elle s'en rend compte davantage qu'au début de la prise en charge.

Peu à peu, il devient possible d'intégrer de l'expressivité dans les mouvements. La voyant plus stable sur ses appuis, nous lui proposons de travailler debout.

Au cours d'une séance, nous invitons Mme K. à positionner un drap déplié sur elle. Nous lui proposons de mouvoir ses bras, ses mains, son buste... toutes les parties qu'elle parvient à mettre en mouvement même très légèrement. Le drap, en tant qu'objet médiateur, vise, en ôtant l'entrée visuelle sur laquelle Mme K. se repose beaucoup, à l'obliger à se concentrer uniquement sur les ressentis corporels, grâce au poids du tissu faisant des stimulations tactiles permanentes. Au fil des mouvements, Mme K. gagne en fluidité et prend de plus en plus d'initiatives, en intégrant à nouveau des gestes de la vie qu'elle souhaite retrouver : bercer son bébé, remuer une pâte à gâteau. La séance s'achève ce jour-là sur une exclamation très encourageante de Mme K. « On va finir par danser à ce rythme-là ! » Et c'est effectivement ce que nous avons pu faire quelques séances plus tard...

Compte-tenu de l'évolution de Mme K., nous décidons de lui faire passer un bilan psychomoteur intermédiaire pour objectiver ses progrès et ses représentations corporelles.

III.2.2 Bilan psychomoteur intermédiaire

Le jour de bilan, Mme K. arrive triste. Peu bavarde, elle ne rebondit sur aucune de mes questions concernant ses enfants, la décoration de sa maison, le mariage de son frère... autant de sujets qu'elle avait évoqués lors des séances précédentes. Aucune relance ce jour-là. Elle se contente d'une seule phrase : « *Il n'y a pas de changement...* » Mme K. est vraisemblablement découragée. Pourtant, le bilan met en évidence des progrès intéressants.

Le bilan intermédiaire¹⁸ montre une amélioration de la motricité segmentaire volontaire significative au niveau du membre inférieur gauche et du tronc. L'hypertonie spastique du membre supérieur gauche entrave encore la dissociation segmentaire, en particulier au niveau distal, mais les commandes motrices sont perceptibles. Les équilibres statiques et dynamiques sont réussis. L'équilibre sur demi-pointe est possible plus longtemps que lors du 1^{er} bilan. Seul l'équilibre unipodal nécessite encore un appui, mais est en nette progression puisque lors du 1^{er} bilan, Mme K. n'avait pas pu le réaliser sur la jambe gauche. La marche s'est nettement améliorée, tant dans le schéma moteur que dans la vitesse. Elle ne nécessite plus d'aide technique. La verticalité et la fluidité retrouvées laissent paraître un sentiment de stabilité. Les sensibilités proprioceptive et tactile sont également en nette amélioration.

Au niveau de l'image du corps, le dessin du personnage, en volume et souriant, réalisé par Mme K. révèle une belle amélioration de sa représentation affective. Bien qu'elle l'accompagne de verbalisations trahissant le poids de la maladie et du handicap, la production montre que le sentiment de vie revient malgré tout.

III.3 Une reconstruction identitaire...parcellaire ?

III.3.1 Une prise en charge marquée de discontinuités

La prise en charge à l'HDJ de Mme K. est marquée par sa discontinuité, à un double niveau : celui de sa présence physique, mais aussi celui de sa disponibilité psychique. Je ne peux m'empêcher de penser que cette discontinuité fait écho à la perte du sentiment continu d'exister depuis la survenue de l'AVC.

Régulièrement, Mme K. ne se présente pas à l'HDJ. Elle garde ses enfants, malades à tour de rôle, ce qui se conçoit aisément dans une fratrie de trois enfants en bas-âge. Les protocoles sanitaires du Covid n'ont pas favorisé son assiduité, entraînant des fermetures de classe à répétition. Par conséquent, rares sont les périodes où elle se rend aux deux jours de prises en charge hebdomadaire. Il arrive même parfois qu'elle ne vienne pas pendant un mois. Lorsque le médecin a abordé avec elle ses absences récurrentes et l'impact qu'elles avaient sur sa rééducation, elle s'est vivement défendue, vexée que l'équipe médicale puisse lui prêter l'intention de ne pas vouloir se soigner. Elle s'est opposée à l'idée de faire passer le rythme de prise en charge à une journée par semaine. Pourtant, dès la semaine suivante, elle était à nouveau absente...

Même lorsqu'elle est là physiquement, Mme K. n'est pas toujours présente. Elle est absente psychiquement, absorbée et envahie par son mal-être. Au sens de Damasio (2002),

¹⁸ Le bilan intermédiaire complet de Mme K. est présenté en annexe IV.

son esprit est conscient, mais elle semble coupée du sentiment de soi. Comme si le sentiment de se connaître avait été suspendu.

Fréquemment lors des séances, elle reste très silencieuse. Bien sûr, le silence est important dans le cadre d'un travail de conscience corporelle. Facteur de mise en disponibilité et de concentration, il favorise l'ancrage et permet une présence attentive pour habiter les sensations proprioceptives, la perception de la commande motrice et surtout l'intention du mouvement. Mais par moment, j'ai le sentiment que ce n'est pas de ce silence-là dont il s'agit. Ce n'est pas un silence vecteur de concentration, c'est un silence d'absence, tel un mécanisme de défense puissant. Peut-être le seul moyen pour elle de ne pas s'effondrer face à la violence du vécu psychique. L'événement traumatisant qu'elle a subi est encore si présent et lourd de conséquences dans sa vie et son identité psycho-corporelle, qu'elle semble avoir du mal à être présente à elle-même, qui plus est avec nous. La plupart du temps, nous respectons ce silence et son rythme, elle en a besoin. Mais parfois, nous allons la chercher là où elle est, pour l'aider à se reconnecter à son corps. Cela semble fonctionner.

J'ai souvenir d'une séance où, face à un interminable silence et une absence de réaction à toutes nos sollicitations, mon maître de stage lui demande : « Mme K., où êtes-vous ? », ce à quoi elle répond : « Je suis dans mon bras. » Joie !

Pour autant, cette présence attentive est loin d'être systématique en séance. Et à plusieurs reprises, le silence de Mme K. m'a renvoyée à une tout autre expérience : le silence du repli du soi, du mutisme, de la sidération liée au traumatisme, le silence du déni tant la douleur est forte, presque un silence de mort...

III.3.2 Une dissimulation derrière des mécanismes de défense

Les mécanismes de défense mis en place par Mme K. sont très envahissants dans l'évolution de sa prise en charge et de sa récupération. S'ils la font tenir, nous nous devons de les respecter et de l'accompagner pour qu'elle puisse elle-même les lever progressivement. Mais je me suis interrogée sur leurs soubassements. La confrontation au regard de l'autre semble encore douloureuse, la ramenant inévitablement à sa perte capacitaire. « Être présenté, se présenter, c'est accepter d'être et d'être reconnu comme tel. » (Lesage, 2015, p. 235) C'est peut-être contre cela que Mme K. se défend, contre l'absence de congruence entre sa présentation et l'image qu'elle désire donner d'elle-même.

Un jour, Mme K. nous explique qu'elle décline toute invitation pour éviter les situations qui risqueraient de la mettre à mal. Elle prétexte systématiquement qu'elle est souffrante, fragilisée par un rhume ou une autre affection sans gravité. Affronter le regard de ses proches dans son état est encore inenvisageable. Révéler sa vulnérabilité comparativement à l'image habituelle d'une femme forte au « tempérament bien trempé », selon ses propres dires, n'est pas encore possible.

Ce comportement pourrait révéler ce que Devereux (2009/2019) appelle la renonciation ou le déguisement de l'identité. Pour lui, c'est un mécanisme de défense inconscient contre la destruction et l'anéantissement. Masquer son identité rendrait plus résistant, puisque la vulnérabilité naît de la connaissance par l'autre de son identité.

La récupération physique de Mme K., aussi lente soit-elle, passe également par une récupération psychique. Elle a encore un travail significatif de deuil et d'acceptation à réaliser. Encore faut-il qu'elle le veuille. Car le recours à des déguisements protecteurs lui permet probablement « d'éviter la confrontation suprême, qui les [la] forceraient [forcerait] à s'avouer leur [sa] propre identité réelle » (Devereux, 2009, p. 84). Par ses contradictions et l'investissement erratique de ses soins, Mme K. semble parfois vouloir faire tout son possible pour éviter d'être comprise. Cette volonté de tromper, si inconsciente soit-elle, peut se traduire par le refus de s'exprimer, par ses longs silences et ses absences. Mais plus que les soignants, c'est elle-même qu'elle trompe.

Mme K. va de contradictions en contradictions : attitudes contradictoires, messages corporels contradictoires, et verbalisations contradictoires qui traduisent clairement ses dissonances émotionnelles.

Elle arrive souvent avec un air abattu en séance, fatiguée. Tout dans son corps parle de ses difficultés : posture en repli, regard dans le vide, absence de mimiques faciales. Les quelques mots qu'elle prononce traduisent également la lassitude de sa situation. Par le jeu du dialogue tonico-émotionnel, l'écoute attentive et le travail de conscience corporelle, elle arrive à se détendre, tout en restant peu loquace. Puis, de façon soudaine, un peu décalée par rapport à ce qu'elle a bien voulu laisser paraître, elle annonce une bonne nouvelle au moment de sortir de la salle : « J'ai porté mon bébé dans les bras la semaine dernière. » ou bien encore : « J'ai donné le biberon à mon bébé. », mettant ainsi en évidence de nouvelles capacités permises par sa récupération.

Une impression étrange m'anime lorsque je pense à Mme K. Elle me semble parfois prisonnière d'elle-même, corporellement du fait de son handicap physique, mais aussi psychiquement d'un rôle qu'elle se serait attribué. C'est un peu comme si le fait d'avoir posé des mots à un moment donné sur son vécu, attribuait à cette situation une réalité non réversible. Comme si son discours initial l'avait fixée et immobilisée dans cette identité déguisée, au sens de Devereux (2009/2019), qui la pousse à être régulièrement dans une perspective défaitiste.

Pour autant, il est aisément envisager qu'un corps non éprouvé et, par conséquent non intégré, modifie la perception du monde qui l'entoure (Lesage, 2012/2015). Cette absence de représentation impacte directement l'image du corps de Mme K., et peut aussi biaiser la perception qu'elle a des attentes de son entourage. Ce n'est là que mon hypothèse, mais il

est possible qu'elle ait le sentiment de ne pas répondre à ces attentes, en particulier celles de ses enfants, qui au retour de l'une de ses journées à l'HDJ lui lancent : « *Maman, tu es une tortue, quand tu rentres, tu te mets sous la couette et tu ne bouges plus !* » Alors peut-être que pour répondre davantage aux attentes qu'elle prête à ses enfants, elle privilégie les temps passés avec eux, au détriment de l'investissement de sa rééducation.

III.4 Perspective d'évolution de Madame K.

Malgré ses absences, et bien qu'elle manque parfois de cohérence dans ses actes et son discours, Mme K. fait de réels progrès. Toute l'équipe rééducative en est témoin.

Lors des récits « surprises » où elle nous fait partager ses avancées avec ses enfants, elle semble aller mieux. Elle reprend pied dans sa fonction maternelle, arrivant à s'occuper davantage de son bébé, et à réaliser des activités avec ses enfants. Elle les emmène au parc et fait de la pâtisserie avec eux. Son rêve, nous a-t-elle dit, c'est « *de pouvoir sortir avec mes trois enfants, de prendre la poussette et de les emmener à Disney* ». Bon an mal an, elle arrive à se projeter à nouveau dans son identité de mère. C'est ce qu'elle semble prioriser, comme elle l'avait annoncé lors de notre première rencontre.

Depuis peu, nous constatons qu'elle est plus animée, plus vivante. Moins envahie par ses émotions négatives, elle porte des vêtements plus colorés, et commence à varier les sujets qu'elle évoque. Outre ses enfants, elle parle de sa maison et de son envie de danser à nouveau. Lorsqu'elle vient en séance, elle est plus concentrée, et il semble qu'elle remplisse davantage son contrat de rééducation en exécutant chez elle les exercices prescrits.

La récupération des déficits post-AVC est longue, elle nécessite beaucoup d'efforts mais aussi et surtout beaucoup de patience. « L'écoute du corps favorisera cette récupération par une prise de conscience d'une évolution au jour le jour. » (Dutems, 2021, p. 78)

Mme K. a justement du mal à mesurer son évolution. Consciente de la normalité du temps nécessaire à la récupération, elle n'en est pas moins pressée et reste dans une exigence de rapidité. C'est cela qui la décourage et lui fait perdre espoir régulièrement. Souvent, elle l'empêche de réaliser l'ampleur du chemin déjà parcouru. Si nous voulons l'aider à poursuivre dans sa progression et à réinvestir tous les champs de sa vie, il est important de le lui rappeler. En verbalisant son évolution, nous endossons le rôle de sa mémoire. Nous l'aidons à se remémorer les étapes franchies pour reconstruire la continuité de son histoire, celle qui tient sa véritable identité.

Conclusion

Concluons à présent. C'est à partir du propos de Pyreire sur l'identité que je souhaiterais le faire : « Les troubles de l'identité sont une très bonne indication pour la psychomotricité » (Pyreire, 2021, p. 188). Grâce à la variété des outils et médiations thérapeutiques à sa disposition, le psychomotricien peut en effet apaiser les angoisses archaïques et soulager l'angoisse identitaire. Sous toutes ses formes, le travail de conscience corporelle, en agissant sur la sensorialité, fait partie de ces outils.

Puisque les représentations mentales ou leur absence peuvent être sources de désorganisation, elles peuvent à l'inverse devenir structurantes et organisatrices (Lesage, 2012/2015). En œuvrant à l'appropriation des sensations et des émotions, le travail de conscience corporelle construit des représentations qui peuvent agir à tous les niveaux de la triade conscience du corps – conscience de soi – sentiment identitaire. En rendant possible une modulation de la perception et des représentations du corps – schéma corporel et image du corps – mais aussi en modulant directement le tonus et en améliorant la consistance de l'enveloppe corporelle, la conscience corporelle peut contribuer à renforcer le sentiment continu d'exister et revisiter les fondements de l'identité. Peut-être est-ce l'une des raisons qui permet à Pyreire (2021) d'affirmer que : « L'identité est un concept psychomoteur. » (p. 189)

Nous voici arrivés au terme de ce mémoire. Bien qu'il marque l'aboutissement de mon cycle de formation initiale en psychomotricité, il constitue surtout, comme l'a souligné récemment mon maître de stage, un rite de passage pour accéder à la profession. Voici donc mon pass pour rejoindre la famille des psychomotriciens, cette profession qui, lorsque je l'ai croisée, a fait germer ce projet un peu fou de reconversion. Mais il constitue bien plus encore. En revisitant un certain nombre des théories qui m'ont été enseignées, ce travail d'écriture m'a permis d'élaborer, de construire davantage ma pensée, et d'aiguiser mon regard de future thérapeute. Au fil de l'écriture, je me suis surprise à rêver mes patients, habitée par cette « capacité de rêverie » dont parle Bion, propre à la mère qui cherche à donner du sens aux expériences corporelles de son enfant. J'ai aimé le faire, et cette étape marquera pour sûr, mon identité professionnelle de psychomotricienne.

Bibliographie

Ouvrages et chapitres d'ouvrages

- Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (Masson).
- American Psychiatric Association, A. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq et J.D. Guelfi, Trad., 5 e éd.). Elsevier Masson. (Original work published 2013).
- Anzieu, D. (2006). *Le Moi-peau* (3 e éd.). Dunod.
- Assaiante, C. (2015). Construction du schéma corporel au cours du développement sensori-moteur de l'enfant. Dans A. Bullinger et l'ABSM (dirs.), *Les effets de la gravité sur le développement du bébé* (pp. 41 à 60). Éditions érès.
- Beckier, S. et Guinot, M. (2015). Equipement et compétences du nourrisson. Dans P. Scialom et F. Giromini et J.-M. Albaret (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 1. Concepts fondamentaux* (pp.87-110). De Boeck Supérieur.
- Berthoz, A. (1997). *Le sens du mouvement*. Odile Jacob.
- Bion, W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Presses Universitaires de France
- Bowlby J. (1978). *Attachement et perte*. Presses Universitaires de France.
- Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1 : Un parcours de recherche*. Éditions érès.
- Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 2 : L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Éditions érès.
- Carric, J.-C. et Soufir, B. (2014). *Lexique pour le psychomotricien*. ERA.

Damasio, A. R. (2002). *Le sentiment même de soi, Corps, émotions, conscience*. Odile Jacob.

Damasio, A. R. (2021). *Sentir et savoir, une nouvelle théorie de la conscience*. Odile Jacob.

Devereux, G. (2019). *La renonciation à l'identité. Défense contre l'anéantissement* (2e éd.).

Payot et Rivages.

D'Ignazio, A. et Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*.

Tom Pousse.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Seuil.

Dutems, C. (2021). Accompagner les patients à vivre leur corps au jour le jour en neurologie adulte : La place de la psychomotricité. Dans C. Dutems et L. Pham Quang (dirs.), *L'esprit du soin psychomoteur. De l'usage de la présence et des identités* (pp. 73-93). L'Harmattan.

Dutems Carpentiers, C. et Périllat-Mercerot, A. (2015). Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC). Dans F. Giromini et J.-M. Albaret et P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 3. Clinique et thérapeutiques* (pp. 293-301). De Boeck Supérieur.

Erikson, E. H. (1968). *Identity : Youth and crisis [Identité : Jeunesse et crise]*. Norton & Co.

Fortin, S. (2008). *Danse et santé*. Presses universitaires de Montréal.

Freud, S. (2003). *Œuvres complètes psychanalyse, IV, 1899-1900. L'interprétation des rêves*. Presses Universitaires de France.

Freud, S. (2010). Le Moi et le Ça. Dans S. Freud, *Œuvres complètes, XVI, 1921-1923* (pp. 265-301). Presses Universitaires de France.

Guerra, V. (2018). Faux self moteur, une version défaillante de la subjectivité dans l'hyperactivité. Dans V. Guerra, *Rythme et intersubjectivité chez le bébé* (L. Klang et A. Konichekis, Trad.) (pp. 129 à 143). Éditions érès.

Jover, M. (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. Dans

J. Rivière (dir.), *Le développement psychomoteur du jeune enfant* (2 e éd.) (pp. 17-52).
De Boeck Supérieur, Solal.

Lesage, B. (2015). *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation* (2 e éd.). Éditions érès.

Lipiansky, E.-M. (1998). Identité subjective et interaction. Dans C. Camilleri, J. Kastersztein, E.M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti et A. Vasquez-Bronfman (dirs.), *Stratégies identitaires* (pp. 173-211). Presses Universitaires de France.

Malewska-Peyre, H. (1998). Le processus de dévalorisation de l'identité et les stratégies identitaires. Dans C. Camilleri, J. Kastersztein, E.M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti et A. Vasquez-Bronfman (dirs.), *Stratégies identitaires* (pp. 111 à 141). Presses Universitaires de France.

Marquet-Doléac, J. (2015). Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Dans F. Giromini et J.-M. Albaret et P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 3. Clinique et thérapeutiques* (pp. 89-96). De Boeck Supérieur.

Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher*. Seuil.

Mucchielli, A. (2009). *L'identité*. Presses Universitaires de France.

Nasio, J.-D. (2007). *Mon corps et ses images*. Payot.

Potel, C. (2015). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir* (2 e éd.). Éditions érès.

Pyreire, E. W. (2021b). *Clinique de l'image du corps, Du vécu au concept* (3 e éd.). Dunod.

Ricoeur (1985), *Temps et Récit*, Seuil.

Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.

Robert-Ouvray, S. (2010). *Intégration motrice et développement psychique*. Desclée de Brouwer.

Robert-Ouvray, S. et Servant-Laval, A. (2015). Le tonus et la tonicité. Dans P. Scialom et F. Giromini et J.-M. Albaret (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 1. Concepts fondamentaux* (pp.161-199). De Boeck Supérieur.

Sacks O. (1985). *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Points.

Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Gallimard.

Sèvre-Ferrieu, N. (2001). *Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle : du trouble à la rééducation*. Masson.

Wallon, H. (1934). *Les origines du caractère chez l'enfant, les préludes du sentiment de personnalité*. Presses Universitaires de France

Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.

Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 285-291). Payot.

Winnicott, D. W. (1958). La capacité d'être seul. Dans D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 205-213). Payot.

Winnicott, D. W. (1961). *La théorie de la relation parents-nourrissons*. Payot.

Winnicott, D. W. (1988). Le concept d'individu sain. Dans D.W. Winnicott, *Conversations ordinaires (B. Post, Trad.)*. (pp. 27-53). Gallimard.

Winnicott, D. W. (1992). *Le bébé et sa mère* (M. Michelin et L. Rosaz, Trads., 2^e éd.). Payot

Articles de revue

Ajuriaguerra, J. de. (1962). Le corps comme relation. *Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, 21, 137-157.

- Assaiante C. et Amblard B (1995). An ontogenetic model for the sensorimotor organization of balance control in humans [Un modèle ontogénique de l'organisation sensori-motrice du contrôle de l'équilibre chez l'homme], *Human Movement Science*, 14(1), 13-43.
- Auzias, M. (1993). Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon. *Enfance*, 46(1), 93-99. <https://doi.org/10.3406/enfan.1993.2047>
- Bonnier, P. (1902). L'aschématie. *Revue Neurologie*, 12, 605-609.
- Bronstein, C. et Hacker, A.-L. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), pp. 769-778. <https://doi.org/10.3917/rfp.763.0769>
- Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35.
- Decoopman, F. (2010). La fonction contenante, les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute. *Revue Gestalt*, 37, 140 à 153.
- Drouin-Hans, A.-M. (2006). Identité. *Le Télémaque*, 29(1), 17-26. <https://doi.org/10.3917/tele.029.0017>
- Dugravier, R. et Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Golse, B. et Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps : La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest. *Contraste*, 28-29(1), 129-138. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0129>
- Head, H., et Holmes, G. (1911). Sensory disturbances from cerebral lesions [Troubles sensoriels consécutifs aux lésions cérébrales]. *Brain*, 34(2-3), 102-254.
- Hochmann, J. (2011). Wilfried Bion, philosophe des sciences. *Revue française de psychanalyse*, 75, 869-891.
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), pp. 185-194. <https://doi.org/10.3917/rne.023.0185>

Jouen, F., Guillois, B., David, M., et Molina, M. (2015). Des flux sensoriels à l'instrumentalisation des conduites. *Enfance*, 4(4), 463-475.
<https://doi.org/10.3917/enf1.154.0463>

Juskenaite, A., Becquet, C., Eustache, F., et Quinette, P. (2016). L'identité : Une représentation de soi qui accorde la réalité. *Revue de neuropsychologie*, 8(4), 261-268. <https://doi.org/10.3917/rne.084.0261>

Kunnen, S. E., et Bosma, H. A. (2006). Identity development : A relational and dynamic process [Le développement de l'identité : Un processus relationnel et dynamique]. *L'orientation sociale et professionnelle*, 35(2), pp. 183-203. <https://doi.org/10.4000/osp.1061>

Lemoine-Lardennois, C., Doré-Mazars, K. et Alahyane, N. (2016). La mise en place des fonctions visuelles et oculomotrices chez le jeune enfant. *Contraste*, 43(1), 17 à 37.

Noël, J.-P., Grivaz, P., Marmoroli, P., Lissek, H., Blanke, O., et Serino, A. (2015). Full body action remapping of peripersonal space : The case of walking [Remaniement de l'espace péri-personnel par l'action du corps entier : Le cas de la marche]. *Neuropsychologia*, 70, 375-384.

Porret, J.-M. (1999). Le Corps et le Moi. *Tribune psychanalytique*, 2, 27-48.

Pyreire, E. W. (2021a). Le schéma corporel (1) : D'un passé confus à la clarification. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 69(8), 410-414.

Pyreire, E. W. (2021c). Le schéma corporel (2) : Données actuelles et définition. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 69(8), 415-421.

Roll, J.-P. (2003). Physiologie de la kinesthésie—La proprioception musculaire : Sixième sens, ou sens premier ? *Intellectica - Revue de l'Association pour la Recherche Cognitive*, 36-37(1-2), 49-66. https://www.persee.fr/issue/intel_0769-4113_2003_num_36_1

de Ryckel, C. et Delvigne, F. (2010). La construction de l'identité par le récit. *Psychothérapies*, 30(4), 229 à 240.

Tajfel, H., Billig, M. G., Bundy, R. P., et Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour [Catégorisation sociale et comportement intergroupe]. *European*

Journal of Social Psychology, 1(2), 149-178. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420010202>

Wallon, H. (1959). Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant. *Enfance*, 12(3), 252-263. <https://doi.org/10.3406/enfan.1959.1440>

Conférences

Berthoz, A. (2008). *Fondements cognitifs de l'interaction avec autrui*. Dans L'annuaire du collège de France 2007-2008 (108), *Physiologie de la perception et de l'action*, (pp. 283-302).
https://www.collegedefrance.fr/media/alainberthoz/UPL17168_berthoz_res0506.pdf

Berthoz, A. (2010). *Fondements cognitifs de l'identité : Entre mémoire du passé et anticipation*. Dans L'annuaire du collège de France 2008-2009 (109), *Physiologie de la perception et de l'action*, (pp. 371-403). <https://doi.org/10.4000/annuaire-cdf.358>

Mémoire

Gourdon, M. (2018). *Un regard sur la conscience corporelle : Du vécu corporel à la représentation mentale de l'acte chez les adultes déficients visuels congénitaux*. IFP de la Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université, Paris, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075860>

Sitographie

<https://www.larousse.fr>

Glossaire

Allodynie : Douleur causée par un stimulus normalement non douloureux)

Anosognosie : Méconnaissance et non conscience d'un handicap, malgré une conservation relative des fonctions intellectuelles

Attention divisée : Focalisation requise pour permettre une répartition simultanée ou séquentielle des ressources attentionnelles sur plusieurs tâches ;

Attention sélective : Focalisation permettant de sélectionner uniquement les informations pertinentes pour l'action, tout en ignorant les autres.

Attention soutenue : Maintien volontaire de la focalisation jusqu'à achèvement de l'action

Aphasie : Trouble acquis du langage oral ou écrit consistant en une perturbation de l'expression ou de la compréhension. Elle peut être non fluente (manque du mot) ou fluente (langage désordonné et non intelligible).

Clivage : Mécanisme de défense psychique primaire. Il concerne soit l'Objet, soit le Moi. Dans le clivage, l'Objet est séparé en deux parties, bonnes ou mauvaises, ayant des destins indépendants (bon et mauvais Objet).

Dysphonie : Altération de la voix en intensité, hauteur et timbre

Dysarthrie : Trouble de l'articulation de la parole, en l'absence d'altération du langage

Flexibilité mentale : Capacité de changer de tâche ou de stratégie mentale, et de passer d'une opération cognitive à une autre. Elle nécessite de pouvoir se désengager d'une tâche pour s'engager dans une autre. Elle permet l'adaptation comportementale aux situations nouvelles, pour répondre aux exigences de l'environnement.

Fonctions cognitives : Ensemble de fonctions dites supérieures, nous permettant de communiquer, percevoir notre environnement, nous concentrer, nous souvenir d'un événement ou d'accumuler des connaissances. Elles constituent l'appareil à penser et à agir sur le monde.

Fonctions exécutives : Ensemble des processus mentaux responsables de la régulation et du contrôle de l'activité cognitive, motrice ou émotionnelle. Elles permettent à un individu de gérer ses comportements, ses pensées et ses émotions lors d'une situation nouvelle qui

nécessite de résoudre un problème pour lequel nos stratégies habituelles et connues ne suffisent pas.

Gastrectomie longitudinale (ou Sleeve gastrectomie) : Technique restrictive de chirurgie bariatrique, destinée au traitement de l'obésité, qui consiste à retirer les deux-tiers gauche de l'estomac.

Gnosie : Connaissance issue d'une perception, qu'elle soit auditive, visuelle, tactile, olfactive, ou gustative. Elle permet de reconnaître un élément, de se le représenter et d'en saisir la signification.

Héminégligence : Déficit latéralisé de la connaissance de l'espace qui entraîne une difficulté à rendre compte, à réagir et à s'orienter vers des stimuli présentés dans l'espace controlatéral à la lésion cérébrale. L'absence de conscience peut concerner un hémicorps, le plus souvent gauche, suite à une lésion cérébrale droite, et/ou l'hémichamps visuospatial controlatéral (héminégligence spatiale unilatérale).

Hémiplégie : Déficit moteur complet (paralysie) d'un hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale. Elle peut être à prédominance crurale (membres inférieurs) ou brachio-faciale (membres supérieurs et face).

Hémiparésie : Déficit moteur partiel d'un hémicorps

Hémiparesthésie : Perte partielle de la sensibilité dans un hémicorps, se traduisant par des fourmillements,

Hyperalgie : Réponse exagérée à une stimulation douloureuse

Hyperesthésie : Sensibilité exagérée à une stimulation non douloureuse

Hypertonie : Augmentation du tonus musculaire caractérisé par une augmentation permanente du tonus musculaire, et entraînant raideur et difficulté à mobiliser les articulations de façon différenciée. Elle se manifeste par une augmentation de la résistance du muscle à son étirement passif.

Hypotonie : Abaissement du tonus musculaire qui se traduit par une diminution de la résistance du muscle à son étirement passif.

Introjection : Processus inconscient par lequel l'image d'une personne est incorporée au moi et au surmoi.

Mémoire de travail : Mémoire à court-terme, permettant le maintien temporaire d'informations et leur manipulation mentale.

Planification : Organisation temporelle d'une succession chronologique d'étapes pour arriver à un but. Elle suppose d'anticiper le but à atteindre et les différentes étapes, et leur ordre de succession nécessaire pour atteindre l'objectif fixé.

Praxie : Mouvement complexe, coordonné et volontaire, adapté à un but. Elle s'acquiert par apprentissage et/ou transmission culturelle, grâce à la répétition qui aboutit à l'automatisation.

Prééclampsie : Maladie de la grossesse qui associe une hypertension artérielle à une protéinurie (présence anormale de protéine dans les urines). Elle résulte d'un dysfonctionnement du placenta et entraîne le plus souvent un accouchement prématuré.

Projection : Mouvement psychique qui consiste à mettre en dehors de soi des sentiments ou des idées qui provoquent des angoisses

Spasticité (ou rigidité spastique ou hypertonie spastique) : Exagération du réflexe d'étirement du muscle (réflexe myotatique) caractérisée par une augmentation exagérée et permanente du tonus musculaire. Elle est caractéristique de l'atteinte pyramidale (atteinte du contrôle de la motricité volontaire).

Syncinésie : Contraction ou mouvement involontaire survenant apparaissant dans une partie du corps, lorsque des mouvements sont réalisés dans une autre partie du corps. Elle peut être d'imitation (ébauche plus ou moins fidèle du mouvement identique dans le membre opposé passif) ou à diffusion tonique (recrutement tonique ou crispation dans une partie du corps lors d'un mouvement quelconque).

Syndrome pyramidal : Ensemble de signes cliniques consécutifs à l'atteinte de la voie pyramidale (voie de la motricité volontaire). Il se caractérise par des réflexes ostéotendineux vifs, polycinétiques et diffusés, une hypertonie plastique, une anomalie des réflexes cutanés (signe de Babinski), des syncinésies. Ce syndrome est souvent associé à un déficit moteur (hémiplégie, paraplégie, tétraplégie).

Thrombectomie mécanique : Intervention consistant à recanaliser une artère cérébrale occluse à la phase aiguë d'AVC ischémique, à l'aide d'un dispositif mécanique de retrait de caillot introduit par voie endovasculaire sous contrôle radioscopique. Cette recanalisation artérielle permet la reperfusion et la revascularisation du parenchyme cérébral en souffrance.

Annexes

Annexe I : Bilan psychomoteur de Tom	I
Annexe II : Modèle Sonuga-Barke	V
Annexe III : Bilan psychomoteur initial Madame K.	IV
Annexe IV : Bilan psychomoteur intermédiaire Madame K.	V

Annexe I

Bilan Psychomoteur de Tom, réalisé en février 2021

Le bilan psychomoteur a été réalisé dans le cadre de l'observation de Tom à l'unité psychopédagogique, en février 2021. Il est alors âgé de 9 ans et 6 mois.

Présentation, motricité spontanée :

Tom se présente dans un premier temps opposant. Juste avant le bilan, il se reposait dans l'unité après une période d'agitation, il a par conséquent eu du mal à venir. Il a commencé par remettre en question toutes les propositions qui lui étaient faites. Au moment de faire un 2^{ème} essai : « j'ai pas envie de faire le 2^{ème} essai ». Lorsqu'il lui est précisé de ne pas dépasser : « et si j'ai envie de dépasser ? »... Dans un 2^{ème} temps, avec suffisamment de réassurance, Tom a pu s'apaiser. Il se montre alors beaucoup plus souriant et sympathique, avec un contact tout à fait adapté. Il saura demander de l'aide lorsqu'il est en difficulté ou exprimer ce qui est difficile pour lui sans dénigrer les épreuves.

Tom montre une attention labile et il sera souvent nécessaire de l'aider à focaliser son attention sur la tâche en cours et à ne pas se laisser distraire par les bruits environnants.

Lorsqu'il s'exprime, on entend un léger défaut de prononciation (à type de zézaiement).

Niveau moteur, coordinations :

Tom présente un **retard global des acquisitions motrices**, qu'il s'agisse de la motricité globale ou fine. Il obtient un score de 33 points au test du M-ABC2, ce qui le situe globalement au 0,1^{ème} percentile.

Lorsqu'il se sent en difficulté, Tom tente de faire bonne figure en faisant mine de maîtriser la situation : « je le fais exprès », « je n'ai pas envie d'aller vite, je vais aller tout doucement »... L'échec l'affecte au niveau narcissique et il aura fallu un certain temps et beaucoup de réassurance pour qu'il accepte de dévoiler ses faiblesses de façon plus authentique.

Au test de motricité faciale de Kwint, Tom a reproduit correctement 1^{ère} itemms (sur 30), ce qui le situe dans la moyenne attendue pour son âge, révélant un **bon niveau de maturation neuromotrice**. Les émotions relatives aux expressions faciales proposées ont été correctement identifiées.

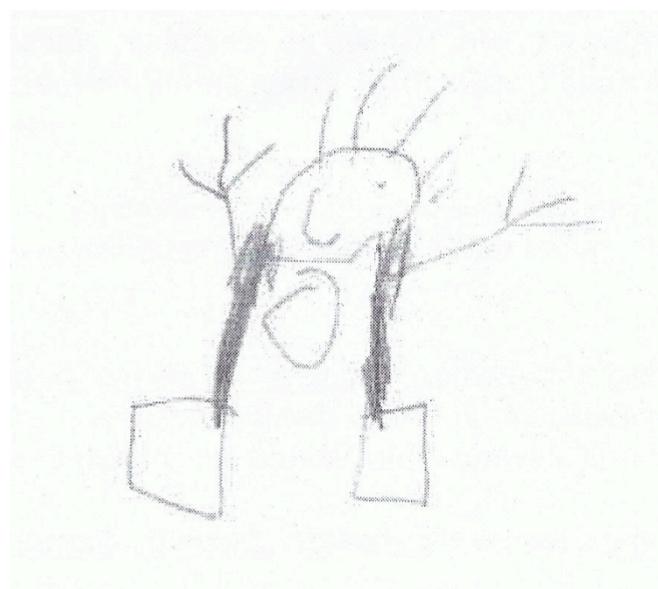
Praxies :

A l'Évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG), Tom montre une certaine **fragilité praxique gestuelle**, avec de nombreuses erreurs d'ordre perceptivo-visuel. Tom distingue mal les doigts concernés dans les doigts concernés dans les différentes positions à reproduire et leur inter-relations. Ces **difficultés d'analyse visuospatiale** se retrouvent de façon massive dans les mouvements de mains.

Schéma corporel :

Au test des somatognosies de Bergès, Tom montre de nombreuses lacunes dans la connaissance du vocabulaire relatif au corps. Il montre les coudes pour les épaules (4 ans), les sourcils pour les cils, les poings pour les poignets (5 ans) et ne localise plus aucune partie du corps au-delà de 6 ans.

Au dessin du bonhomme de Goodenough, Tom obtient un total de 7 points, ce qui correspond à un niveau génétique de représentation du bonhomme de 4 ans et 3 mois. Tom n'est pas encore arrivé au stade du bonhomme type. Les jambes sont toujours attachées à la tête et l'implantation des bras se fait sur les jambes. Le ventre est matérialisé par un ventre entre les deux jambes, sans liaison avec la tête. L'ensemble témoigne d'un **retard important d'intégration du schéma corporel**, avec une enveloppe corporelle qui n'est pas encore constituée.



Dessin du bonhomme de Goodenough
de Tom, réalisé en février 2021

Latéralité :

Sur observation, Tom a montré une dominance manuelle et pédestre à droite. En revanche l'œil directeur est l'œil gauche, ce qui donne à Tom une **latéralité croisée** (œil gauche qui vise, main droite qui écrit).

Le test d'orientation droite/gauche de Piaget-Head n'a pas été passé dans sa totalité car Tom n'a toujours pas intégré les notions de droite et de gauche, même par rapport à lui-même.

Espace :

Les notions fondamentales sont acquises. Tom connaît le vocabulaire relatif aux principales notions spatiales et l'utilise à bon escient (hormis les notions de droite et de gauche).

Au test du développement de la perception visuelle de Frostig, Tom obtient un quotient perceptif de 91, ce qui témoigne de **capacités de perception visuelle dans une moyenne faible** (25^{ème} percentile).

A l'épreuve graphique d'organisation perceptive de Bender, Tom obtient un total de 20 points, ce qui le situe très en-dessous du quartile inférieur pour son âge (moyenne des enfants de 6 ans). On retrouve **d'importantes difficultés d'analyse visuo-spatiale et de coordination visuo-manielle**.

Temps :

Les notions fondamentales sont acquises. Tom connaît le vocabulaire relatif aux principales notions temporelles et l'utilise à bon escient. Il est relativement bien repéré dans le temps social.

Au test d'adaptation au rythme de Soubiran, Tom n'a pas réussi à s'adapter aux différents rythmes proposés. Il est constamment décalé ou à contretemps et va souvent plus vite que demandé. Il montre une **boucle audio-motrice non fonctionnelle**.

Aux épreuves de rythme de Stamback, Tom n'a réussi à reproduire que 2 structures rythmiques (sur 17), ce qui le situe à -2,83 écart-type par rapport à la moyenne pour son âge, montrant **d'importantes difficultés de discrimination et de rétention auditive**.

On notera que pour les épreuves de rythme, Tom a montré une **hypersensibilité au bruit** : « ça me perturbe le bruit ».

Graphisme :

Tom utilise sa main droite pour écrire. La prise de l'outil scripteur est quadridigitale. **L'écriture cursive n'est pas mise en place.**

Tom peut écrire quelques mots en utilisant des capitales d'imprimerie. Les lettres restent irrégulières et mal calibrées, avec un geste peu maîtrisé. On notera qu'il se trompe encore dans l'écriture de son prénom, inversant les positions du /T/ et du /H/ : /ANHTONY/.

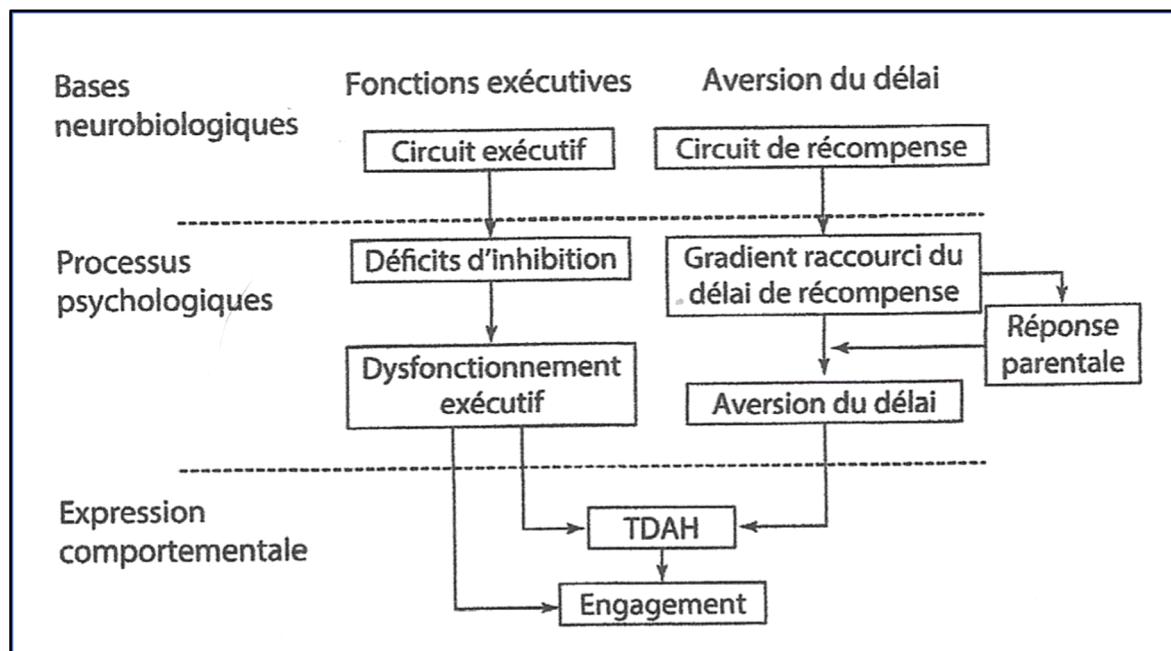
Conclusion :

Le bilan a donc mis en évidence : un retard global du développement psychomoteur avec en particulier un retard important des acquisitions motrices, globales et fines, un retard significatif d'intégration du schéma corporel avec des lacunes dans la connaissance du vocabulaire relatif au corps, un manque d'intégration des notions de droite et gauche (y compris en repères égo-centrés), des difficultés de coordination visuo-manielle et d'analyse visuo-spatiale, une boucle audio-motrice non fonctionnelle, des difficultés de discrimination et de rétention auditive, ainsi qu'une écriture cursive non mise en place.

La passation du bilan a révélé également une hypersensibilité au bruit et a confirmé les difficultés attentionnelles de Tom.

Annexe II

Modèle de compréhension à deux voies de la symptomatologie du TDA/H, d'après Sonuga-Barke (2002, 2003)



Source :

Marquet-Doléac, J. (2015). Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Dans F. Giromini et J.M. Albaret et P. Scialom (dirs.). Dans *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 3. Clinique et thérapeutiques* (p. 89-96). De Boeck Supérieur.

Annexe III

Bilan psychomoteur de Madame K., réalisé en novembre 2021

Tonus et motricité volontaire segmentaire :

Sur le plan du tonus et de la dissociation segmentaire, les observations du bilan neurolocomoteur d'entrée sont toujours valables. Du côté de l'hémicorps droit, tous les mouvements sont possibles, bien qu'ils manquent de fluidité, à relier à un tonus un peu élevé. L'hémiplégie est caractérisée par une hypertonie spastique généralisée à tout le membre supérieur gauche. L'épaule est toujours douloureuse, Mme K. porte une attelle pour essayer de la soulager. Le coude est en flexion et le bras collé contre le tronc. La mobilisation du bras dans quelque direction que ce soit, s'accompagne d'un recrutement tonique élevé du buste, soutenu par un tonus pneumatique important. Le poignet reste en flexion et la main reste en crochet, bien que Mme K. étire elle-même régulièrement ses doigts. Au niveau du membre inférieur gauche, la rotation de hanche est difficile, l'extension de genou s'accompagne d'un recrutement tonique important, donnant l'impression d'une jambe bloc. Les mobilisations passives des chevilles sont possibles mais difficiles et avec une amplitude très restreinte, si restreinte que pour Mme K. « *il ne se passe rien* ».

Équilibres statique et dynamique :

Au niveau de l'équilibre statique bipodal, Mme K. est stable yeux ouverts et fermés, mais prend davantage appui sur la jambe droite. L'équilibre sur demi-pointes est possible avec appui pendant 8 secondes. Quant à l'équilibre unipodal, il est possible 6 secondes sur la jambe droite, mais pas sur la jambe gauche. Après un premier essai, Mme K. préfère ne pas réitérer, précisant qu'elle a l'impression de tomber vers la gauche et qu'elle n'a pas confiance en sa jambe.

L'équilibre dynamique est évalué qualitativement avec le Timed Up And Go (TUAG). Mme K. mémorise sans difficulté les consignes et conserve sa canne pour réaliser le test. Les transferts sont satisfaisants, la traversée est plutôt lente avec le pied gauche qui traîne. Le demi-tour est satisfaisant, sans appui mural, en conservant la verticalité et le regard vers l'avant.

Sensibilité :

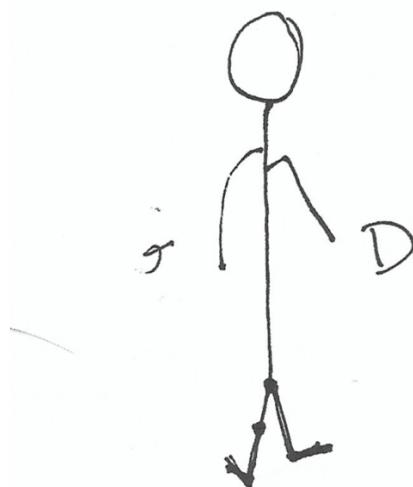
Au niveau de la sensibilité du membre supérieur gauche, Mme K. a besoin de pressions profondes pour ressentir les différentes stimulations. Elle a du mal à discriminer les positions des segments dans l'espace et à identifier le sens du mouvement induit. Au niveau du membre inférieur gauche, la sensibilité tactile est partiellement préservée (70% selon Mme K.), les réponses aux stimulations sont plus tardives.

Espace et Temps :

Au niveau spatio-temporel, Mme K. est bien repérée, la division de l'espace est conservée.

Représentation affective du corps :

Pour évaluer la représentation affective d'elle-même et de son corps, nous avons proposé à Mme K. de réaliser le dessin d'un personnage (consigne adaptée du dessin du bonhomme). Mme K. a représenté un bonhomme bâton, le visage est un simple cercle sans aucun détail. Le point d'attache des 2 bras est asymétrique, et le bras gauche est tombant, ce qu'elle commente par « *le bras gauche, il pend, et le droit il est bien* ». Les deux membres inférieurs n'ont pas la même forme : « *la jambe gauche est tordue, l'autre est bien droite* ». La pauvreté du dessin et les commentaires associés mettent en évidence une image du corps mise à mal.



Dessin du personnage, réalisé par Madame K.
en nombre 2021

Annexe IV

Bilan psychomoteur intermédiaire de Madame K., réalisé en mars 2022

Tonus et motricité volontaire segmentaire

La spasticité est toujours présente mais les épreuves de dissociation segmentaire volontaire montrent une amélioration du contrôle moteur.

Au niveau du membre supérieur gauche, les mobilisations actives sont possibles dans toutes les directions de l'espace, bien que leur amplitude soit encore extrêmement faible. Leur perception nécessite de proposer une résistance en positionnant le segment en opposition. Au-delà d'un certain seuil, Mme K. recrute l'ensemble du bras, avec rétropulsion de buste.

Au niveau du membre inférieur gauche, les progrès sont marqués. L'extension de hanche est encore faible et la flexion de cheville est réalisée conjointement à une flexion de hanche. Pour les autres mobilisations segmentaires, Mme K. parvient à initier le mouvement. Même s'il est parfois très faiblement perceptible, la commande motrice existe.

Les mouvements du tronc sont exécutés dans les trois plans de l'espace sans déséquilibre. La rotation reste de faible amplitude, mais la dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne est possible.

Équilibres statique et dynamique

Au niveau de l'équilibre statique bipodal, Mme K. est stable yeux ouverts et fermés, avec une répartition des appuis plus équilibrée. L'équilibre sur demi-pointes est réalisé avec appui pendant plus de 10 secondes. L'équilibre unipodal est possible des deux côtés, mais nécessite encore un appui important.

L'équilibre dynamique est évalué qualitativement avec le Timed Up And Go (TUAG) et réalisé sans aide technique. Le schéma moteur des transferts est respecté, quoi que le relevé nécessite encore un appui important sur le plan bobath. La marche est régulière, la longueur du pas et la vitesse sont satisfaisants. Un léger déséquilibre apparaît encore lors de la phase oscillante mais le pied gauche ne traîne quasiment plus. La flexion de genou est bien visible. Le demi-tour est réalisé sans appui mural, sans hésitation et le regard est porté vers l'avant.

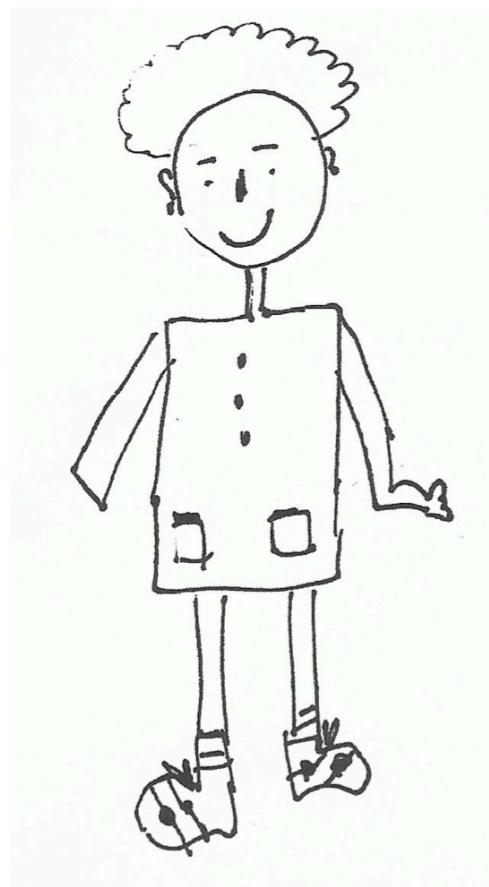
Sensibilité

Au niveau de la sensibilité, nous notons une véritable amélioration de la proprioception du membre supérieur gauche. Yeux fermés, Mme K. arrive à attraper précisément sa main gauche sans trop d'hésitations. Elle localise sa position segmentaire et perçoit la direction du

mouvement. La discrimination tactile est également beaucoup plus fine, bien que parfois un appui plus prononcé soit nécessaire pour distinguer précisément le lieu de stimulation.

Représentation affective du corps

L'évaluation de l'image du corps est réalisée à l'aide du dessin d'un personnage. La production de Mme K. montre un personnage en volume, habillé et chaussé, souriant, avec une chevelure. Il pourrait faire penser à un clown. Le bras gauche est représenté sans main, la jambe gauche est plus longue et le pied gauche est plus volumineux que le droit. Elle commente son dessin : « *C'est moi, je n'ai pas de bras et je suis en tenue d'hôpital* ». Cette verbalisation laisse deviner son vécu de souffrance, le poids de la maladie et du handicap, ajoutant que les bras et les mains sont pour elle un critère de beauté. Néanmoins, la production en elle-même montre une nette amélioration de la représentation affective qu'elle a d'elle-même et de son corps.



Dessin du personnage, réalisé par Madame K.
en mars 2022

Résumé

À la naissance, le bébé se trouve démunie face à des sensations jamais expérimentées pendant la vie intra-utérine. Amas de sensations brutes, animé par des mouvements involontaires et réflexes, il ne maîtrise pas son corps, ne sait pas interpréter les stimulations sensorielles qui s'y impriment, il n'a même pas conscience qu'il bouge. Peu à peu, au rythme de la maturation neurologique, de ses expériences sensorimotrices et soutenu par un milieu humain contenant, il apprend à ressentir son corps, à interpréter ses réactions toniques, et à se mouvoir de manière plus organisée. A ce stade, prendre conscience de son corps constitue sa principale activité. Progressivement, l'enfant apprend à l'instrumenter et devient acteur de la relation, dans un corps unifié aux limites bien dessinées. Désormais capable d'agir et d'interagir avec le milieu humain et matériel, le processus de subjectivation le mène à la conscience de soi. Distinct de l'autre et habité du sentiment continu d'exister, il sera armé pour poursuivre l'exploration du monde afin de construire et affirmer son identité. Au travers de deux histoires de vie singulières, nous réfléchirons aux conséquences d'une conscience corporelle entravée sur le vécu identitaire. En comprenant la place centrale qu'occupe le corps dans l'inauguration de l'identité, nous montrerons comment la psychomotricité peut, en s'appuyant sur un travail de conscience corporelle, soutenir la construction ou la restauration du sentiment identitaire.

Mots Clés : Conscience corporelle, conscience de soi, identité, milieu humain, TDA/H, Accident Vasculaire Cérébral (AVC), psychomotricité

Summary

At birth, babies are helpless in the face of sensations that they have never experienced in utero. They feel raw sensations, their bodies are moved by involuntary and reflex movements, and they do not control their body. They do not know how to interpret the sensory stimuli imprinted on them, nor are aware of their body movement. Under the influence of neurological maturation, and combined with their sensory-motor experiences and interactions with their environment, babies learn how to feel their body, to interpret their tonic reactions and to move in a more organized way. At this stage, becoming aware of their body is their main activity. Gradually, they learn to use their body and become agents in their relationship with the body whose limits they now fully understand. They are now able to act within and interact with their social and material environment, and the process of subjectification supports their self-awareness. Distinct from others and inhabited by the continuous feeling of existence, children are now equipped to continue exploring the world in order to build and affirm their identity. Through two singular life stories, we reflect on the consequences of hampered body consciousness on the identity experience. By understanding the central place occupied by the body in the unveiling of identity, we will show how psychomotricity can, based on body awareness work, support the construction or restoration of the sense of identity.

Keywords: body awareness, self awareness, identity, human environment, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Cerebral Vascular accident (CVA), psychomotricity