

**Un être en développement, un sujet en devenir :
réflexions autour de la pertinence d'un regard
psychomoteur sur l'accompagnement d'enfants Infirmes
Moteurs Cérébraux**

Paul Sandrez

► **To cite this version:**

Paul Sandrez. Un être en développement, un sujet en devenir : réflexions autour de la pertinence d'un regard psychomoteur sur l'accompagnement d'enfants Infirmes Moteurs Cérébraux. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00867703

HAL Id: dumas-00867703

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00867703>

Submitted on 30 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de
Psychomotricien**

UN ÊTRE EN DÉVELOPPEMENT, UN SUJET EN DEVENIR

Réflexions autour de la pertinence d'un regard psychomoteur sur
l'accompagnement d'enfants Infirmes Moteurs Cérébraux

Paul SANDREZ

Né le 02.08.1990 à Bayonne

Juin 2013

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma maîtresse de stage Lydie LABORDE, et ses collègues psychomotriciennes, pour les échanges, le soutien, l'écoute et toute l'expérience qu'elles ont su me partager.

Je remercie également mon maître de mémoire, Stéphane BEDHOMME, pour ses conseils et ses remarques constructives.

Je remercie tous les psychomotriciens et tous les autres professionnels que j'ai rencontré durant ma formation qui m'ont beaucoup appris et m'ont poussé à être curieux, être créatif et qui m'ont permis ainsi d'enrichir ma pratique.

Merci à mes proches pour leur soutien inconditionnel et leur présence.

Merci aux copains pour ces trois années passées ensemble.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
---------------------	----------

PARTIE 1 : AVOIR UN CORPS À SOI : L'INCIDENCE DE L'INFIRMITÉ MOTRICE

CÉRÉBRALE SUR LA CONSTRUCTION DU SUJET	9
---	----------

I. Les spécificités de l'infirmité motrice cérébrale

A. Description	10
-----------------------	-----------

1. Définitions	10
----------------	----

2. Étiologie	11
--------------	----

3. Description des troubles	12
-----------------------------	----

4. Les troubles associés	14
--------------------------	----

B. Une atteinte particulière : l'hémiplégie cérébrale infantile	15
--	-----------

1. Étiologie	15
--------------	----

2. Signes cliniques	15
---------------------	----

3. Troubles associés	16
----------------------	----

4. Hémiplégie droite ou gauche, quelle approche ?	17
---	----

II. Le développement psychomoteur du jeune enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale

A. Les compétences du nouveau né	19
---	-----------

1. Les compétences sensorielles	19
---------------------------------	----

2. La motricité primaire du bébé	21
----------------------------------	----

a. La motricité spontanée	21
---------------------------	----

b. Les réflexes archaïques	22
----------------------------	----

c. Les aptitudes motrices innées	23
----------------------------------	----

3. L'organisation tonique	25
---------------------------	----

B. Le développement de la motricité et des postures	26
--	-----------

1. Les échelles de développement moteur	27
---	----

2. Les «moments féconds d'organisation»	29
---	----

C. L'acquisition du langage	32
D. Le développement cognitif selon PIAGET	35
1. Pré-requis	36
2. La période sensori-motrice (naissance à 2 ans)	37
a. Le fonctionnement réflexe (naissance à 1 mois)	37
b. Les réactions circulaires primaires (1 mois à 4-5 mois)	37
c. Les réactions circulaires secondaires (4-5 mois à 8-9 mois)	37
d. La coordination des schèmes secondaires (8-9 mois à 11-12 mois)	38
e. Les réactions circulaires tertiaires (12 à 18 mois)	38
f. Invention de nouveaux moyens par combinaison mentale (18 mois à 2 ans)	38
E. Le développement psycho-affectif	40
1. Les liens psychomoteurs	40
2. La constitution du Moi corporel	41
a. Un premier sentiment d'enveloppe	42
b. Le rassemblement des deux moitiés du corps autour de l'axe	43
c. L'intégration des membres inférieurs	43
3. L'environnement comme élément déterminant du Sujet en devenir	44
a. Les qualités de l'environnement	44
b. De la dépendance absolue vers l'indépendance	46
c. Le processus de maturation	47
III. Devenir Sujet : le vécu de l'enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale	48
<u>PARTIE 2 : APPROCHE CLINIQUE EN PSYCHOMOTRICITÉ AUPRÈS D'ENFANTS</u>	
<u>ATTEINTS D'HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE INFANTILE</u>	51
<u>I. Un regard singulier sur l'incidence de l'hémiplégie cérébrale infantile</u>	52
A. Le ressort de la compétition	52
B. La question de la réalité	53
<u>II. Présentation du Centre d'Observation et d'Éducation Motrice</u>	54
A. Informations générales	54
B. Le projet d'établissement	54

III. La place du psychomotricien dans un centre de rééducation fonctionnelle	56
A. Cadre d'intervention	56
B. Le projet d'accompagnement en psychomotricité	58
C. Le psychomotricien en équipe	60
IV. La pratique psychomotrice : un dispositif particulier	62
A. La relation	62
1. La rencontre	62
2. Le dialogue tonico-émotionnel	63
B. Le cadre	65
C. Le bilan psychomoteur	66
D. La médiation ou le plaisir du «je» par le jeu	68
1. La médiation	68
2. Le jeu	69
V. Étude de cas : Léo	71
A. Notre première rencontre	71
B. Le projet personnalisé d'accompagnement (P.P.A.)	73
C. L'accompagnement en psychomotricité	74
1. Le bilan psychomoteur	74
2. Le déroulement des séances	76
a. Des difficultés de représentation spatiale	76
b. Vers une prise de conscience de la réalité	78
3. Perspectives	81
CONCLUSION	83
BIBLIOGRAPHIE	85

INTRODUCTION

Le nouveau-né de par son organisation, sa constitution, est néoténique. Il naît dans une certaine immaturité, entièrement dépendant de sa mère. En même temps il est promis à un développement des plus importants. En effet, le cerveau du nouveau-né est déjà à la naissance pré-câblé, ce qui lui permet d'expérimenter, d'explorer le monde qui l'entoure pour aller vers une adaptation à son environnement matériel et humain toujours plus importante. Ces expériences se déroulant dans un environnement sécurisé, le plaisir sensori-moteur dans lequel l'enfant va évoluer va à la fois permettre et nourrir ses apprentissages.

L'enfant va pouvoir découvrir son corps comme un ensemble complexe, orienté, sous tensions, et construit en unité. Ce corps va être *«le socle d'une construction identitaire porteur d'une identité différenciée, objet d'une appropriation autant physique que psychique»*¹. Le nouveau-né va pouvoir se vivre comme un Sujet à part entière, en devenir.

J'ai été, dès la première année de Psychomotricité et le stage en crèche, fasciné de voir comment chaque enfant pouvait s'adapter, évoluer en relation dans son environnement, le plaisir dans lequel se faisaient les apprentissages du tout petit. Les notions de plaisir et de jeu sont pour moi essentielles en psychomotricité. En effet *«le jeu est l'un des moteurs puissants d'intégration, d'élaboration et de transformation d'expériences concrètes en «matières symboliques», qui vont nourrir l'intelligence du sujet et le rendre à même d'établir des concordances entre ce qui se vit, se touche, se sent, s'éprouve, et ce qui se pense»*². C'est pourquoi ces notions vont revêtir un caractère fondamental lors de mes stages, et je pense au cours de ma future pratique professionnelle.

¹ POTEL C.; *Être psychomotricien*, Éd Érès, 2012; p72

² Ibid; p348

C'est d'abord pour cet aspect du développement que je me suis dirigé vers un stage en deuxième année en Institut d'Éducation Motrice et de Formation Professionnelle.

Je souhaitais aller à la rencontre d'un public d'enfants où je pouvais observer ce développement, ce désir d'exploration, cette évolution, je voyais ces choses-là beaucoup plus figées par la suite chez le Sujet plus âgé, bien qu'aujourd'hui je pense qu'à tout âge l'être humain est en constante évolution, adaptation, réadaptation.

J'ai rencontré lors de ce stage un public d'enfants et une majorité d'adolescents, chacun avec leur personnalité, leur histoire. J'ai été surpris de voir les différences d'adaptation, chaque personnalité se construisant indépendamment du handicap. L'environnement tient ici un rôle déterminant, l'annonce du handicap toujours traumatique va venir bouleverser les interactions précoces.

S'il est évident que le handicap moteur entrave les possibilités motrices d'exploration, il entraîne aussi des difficultés de relation, autant par l'image qu'il renvoie que par le vécu qu'il entraîne. Les capacités d'adaptation de l'entourage familial seront une indication importante pour l'appréhension de la dynamique du Sujet et son accompagnement par les professionnels.

J'ai voulu ainsi approfondir cette approche auprès d'un public en situation de handicap moteur, mais un public plus jeune de manière à pouvoir observer ce développement, un peu plus précocement, qui est déterminant dans les premières années de la vie.

Je me suis alors dirigé pour ma troisième année dans un Centre d'Observation et d'Éducation Motrice, qui accueille des enfants présentant des déficiences motrices associées ou non à divers troubles. J'ai eu l'occasion lors de ce stage d'approfondir ma réflexion, en menant une observation et en prenant en charge des enfants en situation d'infirmité motrice cérébrale (IMC), et en particulier des enfants porteur d'hémiplégie cérébrale infantile.

Cela m'a permis d'apprécier les différences inter-individuelles, de mesurer l'influence de ce handicap moteur et aussi de pouvoir construire ma future pratique professionnelle. De plus j'ai pu appréhender ce trouble dans un véritable travail pluridisciplinaire, l'établissement disposant de psychologues, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes et psychomotriciens.

Les questions qui me viennent alors lorsque ce corps est déficient : comment le Sujet va-t-il aller à la découverte de celui-ci, puis de son environnement ? Comment le Sujet va-t-il pouvoir retrouver en son corps ce socle porteur d'une identité ? En tant que psychomotricien, quel regard et quel accompagnement pouvons nous apporter à ces enfants ?

Afin d'accompagner l'enfant de manière globale, il est nécessaire de connaître les mécanismes de l'infirmité motrice cérébrale et de pouvoir déterminer son incidence éventuelle sur le développement du Sujet.

Dans une première partie, il sera donc question de l'incidence de l'infirmité motrice cérébrale sur la construction du Sujet. La deuxième partie présentera une approche clinique en psychomotricité auprès d'enfants atteints d'hémiplégie cérébrale infantile.

PARTIE 1 : AVOIR UN CORPS À SOI : L'INCIDENCE DE L'INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE SUR LA CONSTRUCTION DU SUJET

Lorsque l'on rencontre pour la première fois des enfants atteints d'IMC, la première chose que l'on a à l'esprit, ce qui vient tout de suite, c'est le trouble moteur, la démarche particulière, souvent rigide, une main repliée, etc. Toutefois en fonction de la lésion, il existe aussi divers troubles associés qui vont venir comme un frein aux premières relations du bébé avec son entourage.

Cette infirmité qui s'installe de manière précoce peut donc entraîner de multiples conséquences sur le développement psychomoteur du jeune enfant; être en développement qui est amené à devenir Sujet.

Ainsi nous définirons dans un premier temps les spécificités de l'IMC. Nous détaillerons ensuite le développement psychomoteur du jeune enfant et tenterons de déterminer l'impact potentiel de cette atteinte précoce sur le développement psychomoteur et enfin ses répercussions sur la constitution du Sujet.

I. Les spécificités de l'infirmité motrice cérébrale

Le terme d'«infirmité motrice cérébrale» a été introduit par le professeur Guy TARDIEU en 1954 pour distinguer un ensemble de sujets porteurs de séquelles motrices de lésions cérébrales infantiles, de sujets «encéphalopathes» atteints de troubles moteurs et de déficiences mentales profondes.

A. Description

1. Définitions

Selon G. TARDIEU, «l'IMC est due à des **atteintes cérébrales** survenues dans la période périnatale qui entraînent des troubles de la posture et du mouvement **sans caractère évolutif**. Ces atteintes cérébrales ont suffisamment préservé les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation»³.

Il faut **distinguer l'IMC du terme d'IMOC** (Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale), qui regroupe sous ce terme les enfants ayant un retard mental associé au trouble moteur d'origine cérébrale. IMC et IMOC sont des termes francophones, dans les autres pays on utilise un seul terme, celui de «paralysie cérébrale» («cerebral palsy»).

Depuis 2006 la définition de l'IMC a été actualisée par un groupe d'experts, «l'Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy», pour permettre de définir un cadre conceptuel commun. Cette actualisation est venue du constat qu'il «*paraissait inadéquat de placer l'accent exclusivement sur les problèmes moteurs, insistant plutôt sur la nécessité d'une approche individualisée et multidimensionnelle des aspects fonctionnels et des besoins des personnes affectées*»⁴.

³ LE MÉTAYER M.; *Rééducation Cérébro-motrice du jeune enfant, éducation thérapeutique*, Éd Masson, 1990; p11

⁴ DAN B. et al; *Un nouveau cadre conceptuel pour l'infirmité motrice cérébrale*, Revue Médicale de Bruxelles, volume 27 (numéro spécial), 2006

L'énoncé de la nouvelle définition est le suivant : «*L'infirmitté motrice cérébrale est un syndrome clinique caractérisé par des troubles du développement du mouvement et de la posture attribués à des processus pathologiques non progressifs affectant le cerveau immature du fœtus ou du jeune enfant. Les **troubles moteurs** de l'infirmitté motrice cérébrale s'accompagnent souvent de **troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de troubles de la communication et du comportement, d'épilepsie et de problèmes musculo-squelettiques***»⁵.

Cette nouvelle définition tient compte du Sujet dans sa globalité, «*ce n'est pas une maladie que l'on traite mais un enfant avec son histoire personnelle et familiale, et qui va garder des séquelles à long terme*»⁶ Dès lors, on peut voir comment l'accent est mis sur un accompagnement individualisé et pluridisciplinaire. Le psychomotricien par son approche globale va y tenir une place essentielle.

2. Étiologie

Les **causes** de l'IMC sont **multiples** et **variables**. Les lésions cérébrales résultent dans la majorité des cas de troubles circulatoires entraînant une ischémie (diminution ou arrêt de la circulation sanguine dans un organe), ou entraînant une hémorragie au niveau du cortex cérébral. Les causes peuvent survenir avant la naissance (anténatales), pendant ou autour de l'accouchement (néonatales), ou aux alentours des deux premières années (postnatales).

Une partie des causes reste cependant inconnue dans 12 à 15% des cas. Il faut rester extrêmement vigilant devant un tableau d'IMC sans cause apparente, cela peut correspondre à une maladie neurodégénérative qui évolue lentement.

En psychomotricité, plus que l'origine des troubles c'est sa **description clinique** et sa manifestation au travers de chaque enfant qui va importer. Un **même trouble peut se manifester différemment** en fonction de l'enfant et de son environnement familial.

⁵ DAN B. et al; *Un nouveau cadre conceptuel pour l'infirmitté motrice cérébrale*, Revue Médicale de Bruxelles, volume 27 (numéro spécial), 2006

⁶ TRUSCELLI D., LE MÉTAYER M., LEROY-MALHERBE V.; *Infirmitté motrice cérébrale*, Éd. EMC-AKOS (Traité de Médecine), 2006; pp1-17

C'est donc essentiellement à partir de ce que l'on perçoit de manière clinique, du retentissement sur l'enfant et son entourage, que l'on va construire l'accompagnement en psychomotricité.

3. Description des troubles

En fonction de l'étiologie, mais aussi de la localisation et de l'étendue de l'atteinte, le tableau clinique sera différent. On ne peut donc pas établir une évaluation type de l'IMC, là encore, seule une description clinique est possible et pertinente.

On peut l'effectuer de deux manières différentes :

- En fonction de l'aspect fonctionnel des atteintes
- En fonction de la topographie des atteintes

L'aspect fonctionnel des atteintes :

L'athétose : elle résulte d'une atteinte au niveau du système extra-pyramidal. Elle entraîne un parasitage de la coordination des mouvements volontaires. Les mouvements sont involontaires, incoordonnés, de grande amplitude et persistent au repos.

Le geste volontaire est difficile. Cela est dû en partie à une mauvaise coordination des muscles agonistes et antagonistes et une mauvaise coordination du geste dans le temps.

L'ataxie : elle résulte d'une atteinte au niveau du cervelet. Elle entraîne des difficultés au niveau du contrôle de l'équilibre, de la posture et de la kinésie du geste. Elle associe une incoordination motrice et une hypotonie, les gestes sont imprécis.

L'enfant ataxique doit faire face à des troubles de la marche, de la station debout et du guidage du mouvement par la vue.

La spasticité : elle résulte d'une atteinte au niveau des voies pyramidales. Elle entraîne des difficultés au niveau de la motricité volontaire.

Elle se caractérise par l'exagération du réflexe d'étirement musculaire (réflexe myotatique), des mouvements rigides et crispés, par une absence de coordination de la contraction et du relâchement des groupes musculaires antagonistes.

L'enfant spastique se présente avec une augmentation exagérée et permanente du tonus musculaire d'un muscle au repos qui entraîne des rétractions musculo-tendineuses et par conséquent une attitude en flexion.

Topographie des atteintes :

Monoplégie : l'atteinte touche un seul membre, un bras le plus souvent.

Hémiplégie cérébrale infantile : elle se caractérise par l'atteinte homolatérale du membre supérieur et inférieur, avec une prédominance au membre supérieur. Cette atteinte peut parfois toucher la face.

Diplégie spastique (maladie de Little) : elle se caractérise par la spasticité des deux membres inférieurs. Il persiste pendant longtemps une grande hypotonie de l'axe corporel et la position assise est acquise très tardivement.

Paraplégie : elle se caractérise par une atteinte exclusive des deux membres inférieurs. Elle est rare dans le cas de l'IMC.

Triplégie : elle se caractérise par une atteinte de tout le corps, prédominant aux deux membres inférieurs et à un membre supérieur.

Quadriplégie (ou tétraplégie) : elle se caractérise par une insuffisance posturale du tronc, un contrôle de la tête souvent faible et une raideur des membres. L'atteinte touche tout le corps.

Si le **trouble moteur** est à la **base** de l'IMC, la lésion neurologique peut s'étendre à d'autres régions et entraîner des **troubles associés**.

4. Les troubles associés

Troubles cognitifs :

Chez l'**enfant atteint d'IMC** au sens strict, l'atteinte cérébrale a, dans la majorité des cas, **suffisamment préservé les facultés intellectuelles** pour permettre une scolarisation. Cependant, il paraît nécessaire d'effectuer une évaluation fine et continue de façon précoce.

Déficits sensoriels :

Déficits auditifs : ils vont de la surdité à l'hypoacousie. Ce n'est pas sans conséquence sur l'apprentissage du langage.

Déficits visuels : la coordination oculomotrice se met difficilement en place. Avec un fonctionnement normal, on peut balayer du regard sans bouger la tête. Chez l'IMC, en général, la tête bouge et les yeux suivent après. Cela pose des problèmes pour une lecture efficace ou pour anticiper un mouvement. On retrouve dans de nombreux cas un strabisme et/ou un nystagmus (mouvement d'oscillation involontaire et saccadé du globe oculaire).

Déficits de la sensibilité tactile : l'enfant ne peut reconnaître un objet placé dans sa main sans le contrôle de la vue (astéréognosie).

L'épilepsie :

L'épilepsie est due au dysfonctionnement du système nerveux central. Chez les enfants IMC on peut retrouver des crises convulsives généralisées avec perte de connaissance ou des formes plus mineures d'absences passagères.

Troubles instrumentaux :

On retrouve fréquemment des troubles praxiques, des troubles de la réalisation du geste, avec une incoordination qui rendent difficile la préhension ou l'écriture. Ces gestes peuvent être, de plus, entravés par des mouvements parasites incontrôlés.

Troubles du langage :

Les troubles du langage sont de deux ordres principaux : ils peuvent résulter d'une atteinte auditive, ou de problèmes moteurs qui entraînent un trouble de l'articulation et de la parole (dysarthrie),

B. Une atteinte particulière : l'hémiplégie cérébrale infantile

Durant mon stage, j'ai été amené à suivre particulièrement des enfants atteints d'hémiplégie cérébrale infantile, c'est pourquoi je souhaite développer cette atteinte plus en détails.

1. Étiologie

L'hémiplégie cérébrale infantile est l'une des principales atteintes consécutives à l'IMC chez l'enfant né à terme et la deuxième chez le prématuré (après la diplégie spastique). Elle est secondaire à la lésion d'un seul hémisphère cérébral et l'atteinte est controlatérale. La lésion affecte dans certains cas le membre homolatéral, mais dans une moindre mesure (maladresse, motricité fine...).

Il existe une grande diversité de causes aux lésions cérébrales. Le mécanisme que l'on retrouve le plus souvent est «*d'origine hémorragique, ischémique, traumatique ou inflammatoire/infectieux*»⁷, résultant dans la majorité des cas d'infarctus cérébraux artériels chez l'enfant à terme ou de lésions cérébrales dues à la prématurité.

2. Signes cliniques

Les **premiers signes** cliniques de l'hémiplégie cérébrale infantile apparaissent, de **manière silencieuse et progressive**. On les repère généralement vers 4 à 5 mois, à l'âge des **premiers mouvements de préhension**.

⁷ CHABRIER S. et al; *Hémiplégie cérébrale infantile : épidémiologie, aspects étiologiques et développements thérapeutiques récents*, Revue Neurologique 166, 2010; pp565-573

L'enfant utilise toujours la même main, on peut y voir le signe d'une latéralisation précoce, or à cet âge l'enfant est ambidextre. Une utilisation systématique du même côté traduit une anomalie.

L'hémiplégie est donc repérée sur le membre supérieur, là où l'atteinte sera la plus importante, avec un poing fermé et l'avant bras fléchi. L'atteinte du membre inférieur sera décelée plus tard au moment de la **marche, acquise vers 2 ans** selon V. LEROY-MALHERBE⁸. Entre 5 et 12 mois, la paralysie n'est jamais totale et la spasticité est modérée, l'hémiplégie de l'enfant est plutôt liée «à la véritable ignorance qu'il a de son membre, c'est à dire une *asomatognosie*»⁹.

Par la suite l'hémiplégie spastique sera constituée, on retrouvera un poing fermé, une extension du poignet, l'avant bras fléchi, le pied en varus équin. On retrouve également une exagération des réflexes ostéo-tendineux et le signe de Babinski (extension du gros orteil par stimulation de la plante du pied).

3. Troubles associés

Cette liste n'est pas exhaustive, je décris ici les troubles que l'on retrouve le plus souvent.

Une **astéréognosie** (non reconnaissance de la forme des objets) ainsi qu'un trouble de la **graphesthésie** (aptitude à reconnaître une figure ou un symbole tracé sur la peau) sont fréquemment retrouvés.

Le **strabisme** est le trouble ophtalmologique le plus fréquent. La localisation du strabisme ne dépend pas de localisation de la lésion, il se situe au niveau de l'œil directeur donc généralement sur l'œil droit (80% des personnes ont un œil droit directeur).

L'intelligence est dans la majorité des cas, **normale ou sub-normale**, dans ce cas il n'y a pas de perturbation du langage quel que soit l'hémisphère lésé, cependant il peut être retardé.

⁸ LEROY-MALHERBE V.; *Qu'est-ce que l'IMC ?*, Déficiences motrices et situation de handicap, APF, 2002

⁹ CHABRIER S. et al; *Hémiplégie cérébrale infantile : épidémiologie, aspects étiologiques et développements thérapeutiques récents*, Revue Neurologique 166, 2010; pp565-573

Dans certains cas où le déficit cognitif est important, on retrouve une épilepsie sévère associée. **L'épilepsie est la complication majeure** de l'hémiplégie cérébrale infantile, elle se présente sous formes de crises focales ou secondairement généralisées. Elle **peut n'apparaître qu'après quelques années**. Dans le cadre de mon stage, je n'ai pas rencontré d'enfant ayant déclaré une épilepsie.

4. Hémiplégie droite ou gauche, quelle approche ?

Il semblerait que la **localisation** de la lésion cérébrale précoce, n'ait **pas d'incidence sur l'apprentissage du langage et le développement cognitif**. Cependant l'approche rééducative ne sera pas la même si l'hémiplégie touche le membre dominant ou non dominant :

- Si le côté dominant est sain : l'enfant est à l'aise avec sa main dominante, il se servira donc exclusivement de cette main. Le travail portera sur l'intégration de l'autre côté, pour qu'il puisse le plus possible servir de support à toutes les manipulations.
- Si le côté dominant est atteint : il sera nécessaire de passer par toutes les étapes de pré-graphisme, préhension, motricité fine, comme le fait tout enfant afin que le côté sain, non dominant, devienne le plus efficient possible.

On ne peut réellement déterminer la latéralité neurologique du nouveau-né porteur d'une hémiplégie cérébrale infantile. En effet la lésion survenant aux alentours de la naissance, le **nouveau-né va spontanément utiliser le côté sain** qui deviendra dominant. Toutefois **on peut se poser la question d'une latéralisation «forcée»** lorsque une aisance dans la motricité fine et la préhension du côté sain est difficilement atteinte.

Dans une **approche psychomotrice globale** auprès de jeunes enfants on ne fera **pas de différence entre le côté droit et gauche**, l'importance réside dans la prise de conscience et l'**intégration du côté atteint**, quel qu'il soit, dans la dynamique psychomotrice du Sujet. Le psychomotricien va favoriser chez l'enfant, par la mise en jeu du corps de façon globale, la perception de soi et visera à *«faire évoluer l'enfant au-delà de son handicap»*¹⁰.

¹⁰ BONHOMME C. et al.; *Actualités et perspectives dans la prise en charge de l'hémiplégie cérébrale infantile en médecine physique et de réadaptation*, Motricité cérébrale 31, 2010; pp164-171

Par manque d'expérience clinique et de temps, je ne ferai pas ici de différence dans mon approche entre une atteinte droite ou gauche, toutefois on pourrait se questionner sur une possible influence de la localisation de la lésion sur le développement psychomoteur de l'enfant.

Voyons comment le bébé en difficulté avec sa motricité, entravé par des troubles associés va pouvoir se développer de façon harmonieuse. Comment le bébé et son entourage vont pouvoir s'adapter afin que les premières inter-relations indispensables au développement du jeune enfant s'installent.

II. Le développement psychomoteur du jeune enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale

Chaque enfant à la naissance dispose de ressources qui lui sont propres, qui lui permettent de se situer d'emblée vers une marche en avant, un développement important. Avec la **maturation de ses fonctions motrices et cognitives** qui permettront à l'enfant d'explorer son environnement, et **dans une inter-relation sécurisée**, va émerger petit à petit chez l'enfant le **sentiment d'être**. Un être dans un corps porteur d'une **identité différenciée**.

Le jeune enfant se construit dans la relation à l'autre, c'est une **boucle entre l'enfant et son entourage** qui lui permet d'explorer, découvrir, interagir dès la naissance et de se construire, de s'individualiser. **Mais qu'en est-il de l'enfant atteint d'IMC alors que ses capacités d'exploration et d'interaction se trouvent gênées ?**

Je ne souhaite pas dans cette partie faire la comparaison d'un enfant «normal» et d'un enfant porteur d'IMC. En effet la question de la normalité est une question délicate et il est difficile d'y répondre de façon unanime tant sa définition est subjective et propre à chacun. D'un point de vue psychomoteur il me paraît aussi difficile d'y répondre tant les différences inter-individuelles sont grandes du point de vue du développement. Cependant en se référant aux lois du développement psychomoteur, et notamment à la **loi de succession**, on sait que **tous les enfants passent par les mêmes grandes étapes du développement**.

Il s'agit donc ici de pouvoir **faire appel à des repères** afin de pouvoir par la suite, dans la pratique, tenter de déterminer où en est l'enfant dans son développement et pouvoir **ajuster son accompagnement**, tout en étant attentif à la dynamique familiale dans lequel il évolue.

Pour plus de clarté je développerai l'évolution de la motricité, du langage, de l'intelligence et l'évolution psycho-affective dans différentes parties. L'objectif n'étant évidemment pas de faire une dichotomie dans le développement du jeune enfant, mais de se situer dans une appréhension globale.

A. Les compétences du nouveau né

Le bébé naît avec des **compétences** importantes **dès la naissance**, notamment sur le plan sensoriel. En effet le goût, l'odorat, l'ouïe, le toucher et la vue se développent dès la vie fœtale. Toutefois il se trouve **limité sur le plan moteur** du fait de son immaturité neurologique. L'analyse clinique des compétences sensorielles et de la motricité primaire du nouveau-né permettra de **déceler l'existence de troubles neurologiques**.

1. Les compétences sensorielles

Très tôt durant sa vie intra-utérine le fœtus perçoit des sensations autour de lui. Ces sensations dans un premier temps très fugitives vont se développer pour être matures au bout de neuf mois.

Le bébé réagit aux caresses sur le ventre maternel aux alentours de 4-5 mois, il est capable de discrimination olfactive et gustative.

De plus l'ouïe lui permet dès la vie fœtale d'être en contact avec l'extérieur et de reconnaître dès la naissance la voix maternelle par sa prosodie. Enfin la vision est efficace dès la vie fœtale et se développe en grande partie après la naissance.

Le nourrisson dispose donc dès la naissance d'un **équipement biologique** qui est amené à se développer et qui **lui permet d'être en interaction avec son environnement**.

Chez l'enfant atteint d'IMC on peut faire l'hypothèse que les compétences sensorielles sont intactes au niveau intra-utérin, la lésion intervenant autour de la naissance.

On peut donc retrouver des troubles sensoriels plus tard dans le développement. En fonction de la lésion, ils viennent entraver le développement, notamment les possibilités d'exploration et de relation avec l'environnement. Ces troubles sont très variables dans leur intensité et leur apparition, il sera nécessaire de les évaluer afin de pouvoir prévenir leur retentissement.

En effet, un **déficit auditif** peut venir entraver l'investissement précoce de la mère pour son enfant, le langage étant le mode de communication généralement privilégiée. Toutes les verbalisations, accompagnements verbaux, de la mère permettent à l'enfant d'évoluer dans un bain sensoriel qui lui apporte de la contenance et une sécurité. Si le déficit sensoriel vient entraver la communication orale, l'enfant n'en est pas moins capable de communiquer et **l'investissement d'une communication corporelle** par l'entourage sera essentiel.

Le psychomotricien pourra accompagner de façon précoce l'entourage familial à appréhender cette communication et être attentif aux signes que le bébé envoie en retour afin de capter au mieux ses besoins et ses désirs et y répondre de façon adaptée.

On peut faire l'hypothèse que le **déficit visuel** de l'enfant IMC est **source d'angoisse et de désorganisation** car le défaut de coordination oculomotrice diminue les possibilités d'anticipation de l'enfant. En effet si les yeux ne bougent que dans un second temps cela entraîne un retard dans la prise d'information.

Le psychomotricien va favoriser la **verbalisation** afin que l'enfant puisse se sentir en sécurité et anticiper à travers les commentaires ce qui se passe dans l'environnement proche. Il est important de repérer cela car tous les jeux de ballon, d'anticipation, vont être difficiles l'information visuelle arrivant avec un temps de retard. Il s'agira de s'adapter : se mettre en face, à des courtes distances, utiliser des ballons de couleurs, etc.

Chez les enfants qui ont des lunettes, il sera intéressant de les enlever de temps en temps afin que l'enfant puisse pallier à cela car la vision périphérique prendra le relais et l'enfant pourra mieux appréhender l'espace environnant. Plus tard, un **déficit tactile** peut rendre compliquée la mise en place d'une aide au déplacement.

Le psychomotricien pourra ici favoriser la prise d'informations visuelles chez l'enfant, afin qu'il puisse spontanément utiliser son regard avant de réaliser une action motrice pour qu'elle soit la plus efficace possible. Le déplacement autonome est essentiel pour le développement de l'enfant, il s'agira de le favoriser du mieux possible.

2. La motricité primaire du bébé

a. La motricité spontanée

On observe chez le nouveau-né des mouvements diffus, involontaires, anarchiques et bilatéraux. **Cette motricité est sans but fonctionnel.**

Selon M. LE MÉTAYER, *«l'analyse clinique permet [...] de déceler chez le jeune enfant l'existence d'une régulation cérébromotrice déjà présente chez le nouveau-né à terme et le jeune nourrisson»*¹¹. L'observation de cette motricité spontanée, en tenant compte de l'état de vigilance du nourrisson, pourra donc **permettre de déceler d'éventuelles anomalies.**

Chez le nouveau-né «cérébralisé» c'est la capacité de sélection d'une articulation dans le mouvement qui peut être entravée. Il ne pourra engager spontanément dans son action que le membre inférieur ou supérieur dans son ensemble.

¹¹ LE MÉTAYER M.; *Les premiers signes cliniques de l'infirmité motrice cérébrale et les anomalies motrices transitoires*, Motricité Cérébrale 29, 2008; pp 9-14

b. Les réflexes archaïques

On observe de nombreux réflexes qui animent la motricité du nouveau-né. Leur présence à la naissance et leur disparition durant les premiers mois de la vie du nourrisson témoignent d'une bonne maturation du système nerveux.

Il faut cependant noter que *«la normalité de ces réponses réflexes ne permet cependant pas de garantir la qualité du développement de la motricité de l'enfant»*.¹²

Leur persistance au delà de la limite qui leur appartient a généralement une valeur pathologique. Cependant certains réflexes persistent et sont définitifs : réflexe du hoquet, du bâillement, de déglutition, de toux, de clignement des yeux.

Les réflexes archaïques font l'objet de plusieurs théories concernant leurs fonctions :

- Rôle dans l'installation, de la relation, des interactions parents-enfant.
- Rôle dans l'entraînement de la motricité volontaire.
- Rôle de protection de l'organisme

On peut illustrer ces théories en prenant quelques exemples :

Le grasping reflex : lorsqu'un parent stimule la paume de main du bébé, celui-ci lui agrippe le doigt. Cela fait d'une part valeur de communication pour le parent, d'autre part on peut y voir la possibilité pour le bébé de s'exercer à une future préhension volontaire.

Le réflexe tonique asymétrique du cou (TAC) ou position de l'escrimeur : lorsque couché sur le dos, la tête de l'enfant est tournée d'un côté, on observe l'extension du bras du même côté et la flexion du bras controlatéral, ainsi que la flexion de jambe du côté de la tête et l'extension de la jambe controlatérale. D'une part ce réflexe joue un rôle dans le développement de la coordination visuo-motrice, d'autre part il empêche le bébé de se retourner sur le ventre, position inconfortable, en extension, source de stress.

¹² BINGLER A.; *L'évolution motrice de l'enfant, Déficiences motrices et situations de handicap*, APF, 2002

Le réflexe de Moro : Lorsque le nourrisson est soumis à un stimulus soudain (bruit fort, lumière), il réagit en écartant brusquement ses bras et ses jambes et les ramène dans un rassemblement sur le devant comme pour agripper sa mère. Il protège le bébé contre les forts stimulus, et lui permet de se rassembler.

Le réflexe du parachute : l'enfant tenu par la taille, est projeté en avant. Les membres supérieurs sont étendus vers l'avant de façon symétrique, doigts écartés, vers le sol.

On retrouve avec ces réflexes leur rôle dans la **protection de l'organisme et dans l'installation de la relation parents-enfant.**

Ces réflexes persistent de façon pathologique dans l'IMC : le **réflexe de Moro**, le **réflexe TAC** et le **grasping des orteils** disparaissent habituellement aux alentours du 6ème mois et **sont généralement encore observés chez l'IMC à 9 mois**. Le réflexe du parachute apparaît vers 7-8 mois et persiste toute la vie, une asymétrie franche de la réponse à ce niveau peut orienter vers une hémiplégie.

Dans le cas contraire un réflexe normalement présent peut être absent à la naissance. Cela n'a pas valeur de diagnostic mais il peut éveiller un doute sur une éventuelle pathologie.

c. Les aptitudes motrices innées

M. LE MÉTAYER décrit d'autres bases à la motricité du jeune enfant : ce sont les «*aptitudes motrices innées*»¹³. Ces aptitudes motrices constituent une **base à partir de laquelle le nourrisson peut construire sa motricité**. «*Il s'agit de réactions motrices de nature automatiques existant avant tout apprentissage*»¹⁴, à différencier des réflexes archaïques dans le sens où elles se modulent en fonction de la situation.

Selon M. LE MÉTAYER, l'examen de ces aptitudes motrices innées permet le dépistage de l'IMC¹⁵.

¹³ LE MÉTAYER M.; *Rééducation Cérébro-motrice du jeune enfant, éducation thérapeutique*, Éd Masson, 1999 (2ème édition); p16

¹⁴ LE MÉTAYER M.; *Les premiers signes cliniques de l'infirmité motrice cérébrale et les anomalies motrices transitoires*, *Motricité Cérébrale* 29, 2008; pp 9-14

¹⁵ Ibid

Les anomalies se traduisent par l'existence de postures anormales, un contraste important entre l'insuffisance des réponses de l'axe du corps et l'exagération des contractions des muscles des membres et la difficulté ou l'impossibilité de corriger les postures anormales.

Pour l'étude de ces compétences néonatales, A. GRENIER a rassemblé pour sa part des conditions spécifiques, de maintien au niveau de la nuque et du siège, afin que le bébé, libérée de la pesanteur puisse montrer toutes ses capacités de préhension et ce dès le début de sa vie, il parle de «motricité libérée». **Ces compétences précoces sont un indicateur de la santé neurologique du bébé** et permettent de faire un pronostic de future marche autonome, il a donc utilisé cet examen pour dépister les IMC.

C'est une observation précoce à un moment précis et ça ne peut déboucher sur un diagnostic définitif, la plasticité cérébrale étant encore à l'œuvre. Selon A. GRENIER c'est une observation constructive, dans le sens où *«les parents découvrent en leur enfant des potentialités insoupçonnées sans s'enfermer dans des diagnostics irréversibles»*¹⁶.

À l'image de l'intervention précoce du psychomotricien, auprès des parents, qui vise à favoriser l'investissement des liens relationnels avec leur enfant en permettant de le découvrir sous l'angle de ses capacités et non de son handicap, cette première observation permettra de construire un projet d'accompagnement autour de l'enfant dans lequel les parents seront partie prenante.

L'analyse de la **motricité primaire** de l'enfant va permettre le **dépistage de l'IMC**. Toutefois il est nécessaire de toujours garder à l'esprit qu'on ne peut prédire l'évolution, chaque enfant se développant de façon individuelle.

¹⁶ COLOMBIÉ B.; *Prise en charge psychomotrice de l'enfant infirme moteur d'origine cérébrale de 0 à 3 ans*, Évolutions Psychomotrices, vol 11, N°45, 1999

3. L'organisation tonique

La motricité primaire du nouveau-né s'organise et se développe en fonction de son organisation tonique. A. BULLINGER décrit **quatre facteurs organisant le tonus du nourrisson** d'une façon de plus en plus complexe et nuancée, chaque étape intégrant la précédente :

L'alternance veille/sommeil : elle donne deux qualités au tonus, hypotonie (tonus de sommeil) et hypertonie (tonus de veille).

Les flux sensoriels : le bébé est sans cesse soumis à des flux sensoriels, qu'il en ait conscience ou non. Ces flux modulent et organisent le tonus d'une façon plus nuancée.

L'environnement : les soins, le portage, l'interaction avec l'environnement vient moduler l'état tonique du nourrisson

le noyau représentatif : le tonus se module en fonction de la capacité à mobiliser le tonus en fonction des contenus représentatifs, capacité à anticiper.

Le nourrisson qui évolue dans un environnement stable et cohérent reçoit des stimulations, flux sensoriels, continus qui sont susceptibles d'habituation. Ces flux se manifestent par une réponse émotionnelle et donc tonique.

Cette modulation tonique se caractérise par une fonction d'alerte, «*recrutement tonique global*»¹⁷ vers le centre, une fonction d'orientation, «*mise en forme du corps orienté vers la source*»¹⁸ et enfin le traitement de l'information.

La **fonction d'alerte permet à l'enfant de se recentrer**, de **se réorganiser** suite à une première désorganisation en réponse à une stimulation sensorielle venant de l'extérieur. La répétition dans un environnement stable de ces stimulations sensorielles permettra à l'enfant de s'en représenter quelque chose et de limiter cette désorganisation.

Chez l'enfant atteint d'IMC, le **traitement** de ces flux sensoriels ne **permet pas l'habituation**, il se retrouvera donc très souvent désorganisé avec un schème en extension, les bras en «chandelier». C'est ce que l'on appelle le «**facteur E**», terme introduit par G. TARDIEU, utilisé aujourd'hui pour désigner des réactions émotionnelles décuplées.

¹⁷ PES J.P.; *La conscience corporelle chez l'enfant ou le temps vécu*, Sens-public.org, 2008

¹⁸ Ibid

J'ai pu constater dans la pratique, combien **une salle qui présente trop de stimulations** et où trop d'objets sont présentés, peut être **source de désorganisation** pour ces enfants. Il m'a été assez difficile, à plusieurs reprises, de pouvoir contenir l'enfant qui était présent lorsque la salle était mal rangée et où trop d'objets stimulants étaient présentés. On peut faire l'hypothèse que c'est ce «facteur E» qui est en jeu ici.

À ce moment là c'est **le psychomotricien**, par sa **présence**, sa **voix**, qui **garantit le maintien d'un cadre sécurisant** pour l'enfant.

Par la suite on peut voir l'importance d'un accompagnement de l'enfant dans des **postures d'enroulement, de recentration** vers le centre du corps, afin de retrouver une organisation tonique qui permettra de traiter les informations venant de l'extérieur tout en maintenant **un sentiment d'unité**.

B. Le développement de la motricité et des postures

Sur la base de ses capacités sensorielles et de l'organisation de sa motricité primaire le nourrisson va pouvoir se développer sur le plan fonctionnel. L'évolution de ce développement peut se mesurer par des échelles très précises, qui permettent d'évaluer le niveau de développement atteint par l'enfant en rapport à des âges moyens.

Au centre de rééducation fonctionnelle dans lequel j'ai effectué mon stage de troisième année, ces échelles sont utilisées notamment dans le bilan, afin de fournir un âge de référence au médecin qui en fait la demande pour chaque enfant.

Toutefois il faut être vigilant à ne pas les utiliser avec l'idée de «normaliser» et donc d'un retard à combler, en psychomotricité il n'y a pas d'intérêt à comparer l'enfant par rapport à un autre. Il s'agira de **déterminer, de façon spécifique et individuelle**, comment est la **motricité de l'enfant**, où il en est dans son développement, et comment il se sent avec cela.

C'est pourquoi je présenterai ici succinctement, sous forme de tableaux les **échelles de développement** qui permettent d'évaluer de façon chronologique la motricité du jeune enfant.

Puis je développerai plus en détails la notion de «**moments féconds d'organisation**», de J. DE AJURIAGUERRA : «*moments dans lesquels l'enfant découvre à travers son propre fonctionnement, des **formes nouvelles d'appréhension** du réel qui lui permettent à leur tour de se découvrir ou se reconnaître dans de nouvelles possibilités*»¹⁹.

Encore une fois si la déficience motrice constitue une entrave importante au développement moteur de l'enfant, il ne faut pas négliger l'influence environnementale. En effet il est important que l'enfant soit perçu, par son entourage, en capacité de faire des choses et ainsi qu'il l'accompagne de façon sécuritaire, à son rythme, afin de favoriser son évolution.

Cet aspect fait partie du **savoir faire et du savoir être du psychomotricien**, qui aborde l'enfant sous l'angle de **ses capacités**, et non d'une déficience à pallier, afin d'**ouvrir le champ des possibles** pour l'enfant.

1. Les échelles de développement moteur

L'évaluation de la motricité du nouveau-né nous amène à porter notre regard sur le développement de deux composantes motrices essentielles : le **développement postural** et le **développement de la préhension**. L'évolution de ces deux composantes, avec la possibilité d'un contrôle tonique toujours plus important et l'interaction réciproque avec son environnement, va permettre au nouveau-né de se découvrir et de **découvrir son espace environnant**.

Je sépare volontairement ces deux composantes pour plus de clarté, mais il faut garder à l'esprit que leur développement se fait en constante interaction, la régulation tonique et posturale permettant de libérer les membres inférieurs, permettant aux capacités de préhension de s'affiner.

¹⁹ JOLY F., LABES G.; *Julian De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce (vol 3)*, Éd du Papyrus, 2010; p66

Développement psychomoteur de l'enfant - De la naissance à 3 ans

	Motricité	Préhension
Naissance	Hypertonie des membres Hypotonie axiale Assis : cyphose dorsale V : position foetale	Grasping
1 mois	Tenu tête quelques instants et vacille D : attitude asymétrique V : appui avant-bras, soulève tête à 45°	Grasping plus discret Mains souvent ouvertes
2 mois	Intérêt pour son corps : âge du « regard de la main » D : mouvement de flexion et d'extension des MI V : appui avant-bras, soulève tête de 45 à 90°	Préhension au contact
3 mois	Assis : tient sa tête D : roule dos-côté V : appui coude, tête 90°, extension MI	Mains au centre Essaie d'atteindre les objets avec les mains. Joue avec hochet mais le perd souvent
4 mois	D : pédalage V : appui avant-bras en hyperextension. Fait l'avion, essaie de se retourner ventre-dos	Préhension volontaire cubito-palmaire Objets à la bouche
5 mois	Assis en trépied D : saisit ses pieds, se retourne dos-ventre V : appui mains Debout : stade du sauteur	Préhension volontaire globale bien acquise Tient 2 cubes
6 mois	Assis : stade du parachutiste D : pieds à la bouche V : poids du corps sur une main pour saisir objet	Relâchement volontaire global Début de préhension en pince inférieure
7 mois	Tient assis seul D : peut s'asseoir seul en prenant appui sur un côté V : fait l'ours 1 ^{er} mode de locomotion : les retournements	Perfectionne pince inférieure Déliement de l'index
8 mois	Assis, pivote sur ses fesses V : rampe Se met debout en se tenant aux meubles	Préhension en pince supérieure
9 mois	4 pattes Se met debout, « chevalier servant »	Pince supérieure plus fine
10 mois	Marche de l'ours Début des 1 ^{ers} pas Marche le long des meubles	Pointe son index
11-12 mois	Marche seul Monte escalier à 4 pattes Se met debout sans appui	Relâchement manuel fin et précis Tient sa cuillère, gribouille
13 mois	Monte-descend escaliers en se tenant à la rampe Début course, saut 2 pieds Marche à reculons	Lance balle Mange seul Aime faire des gribouillis
15 mois	Monte-descend escaliers sans alterner les pieds Court vite Tape dans ballon	Souplesse du poignet Dévisse couvercle 2,6 ans : copie rond
18 mois	Monte-descend escaliers en alterné Saute sur un pied Fait du tricycle	Bonhomme têtard Copie une croix Tour de cubes S'habille seul
2 ans		
3 ans		

Ce type de tableau permet d'avoir des **points de repère** sur l'évolution de la motricité du bébé. Toutefois il évolue, dans un environnement, à travers des interactions qui soutiennent et favorisent ces évolutions. Ainsi on ne peut évaluer cette motricité de façon isolée comme une simple succession d'étapes.

Avec toujours ce souci d'une approche globale du Sujet, je préfère parler de niveau d'organisation, chaque étape, nouvelle acquisition, venant se rajouter sur un ensemble cohérent. J. DE AJURIAGUERRA parle de «*moments féconds d'organisation*»²⁰.

2. Les «moments féconds d'organisation»

Au cours du développement de la motricité, le bébé passe par des **grandes étapes** avec lesquelles vont apparaître de nouvelles possibilités de contrôle, d'exploration, «*il y a production d'organisations nouvelles*»²¹. Ces **nouvelles possibilités**, formes d'organisation, vont permettre petit à petit la construction d'un Sujet différencié, individué, «*c'est à partir d'elles que les objets et les personnes se différencient par rapport à l'enfant*»²².

Je retiendrai ici cinq nouvelles acquisitions essentielles, cinq niveaux d'organisation qui vont permettre à l'enfant de découvrir l'environnement et de nouveaux modes de relations.

En effet, le **contrôle de la tête**, en concordance avec une régulation tonique au niveau axial, va permettre au bébé de pouvoir explorer son entourage, être plus disponible à la relation. La possibilité de contrôle tonique de la tête prend le pas sur la contrainte de la pesanteur, le bébé libéré de cette contrainte pourra s'attacher d'avantage à ce qui l'entoure. À ce moment là on assiste à un **début de construction, d'organisation de l'espace**, un espace en deux dimensions, le champ de la profondeur n'étant pas encore investi à ce moment là.

²⁰ JOLY F., LABES G.; *Julian De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce (vol 3)*, Éd du Papyrus, 2010; p66

²¹ DE AJURIAGUERRA J.; *Intégration de la motilité*, Enfance, tome 9 n°2, 1956; pp15-18

²² JOLY F., LABES G.; *Julian De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce (vol 3)*, Éd du Papyrus, 2010; p66

Ce champ de la profondeur, le bébé va commencer à l'expérimenter avec la possibilité de **préhension volontaire**. Avec cette possibilité apparait chez le bébé la **capacité d'appréhender par lui-même** la réalité extérieure, il pourra se saisir des objets qui sont à côté de lui. La main va devenir un instrument privilégié d'action, de relation, avec le plaisir d'attraper, tenir, posséder.

Cette notion d'espace en trois dimensions, de découverte grandissante de l'environnement s'étaye avec l'acquisition de **la station assise**. La station assise «*élargit considérablement l'espace visuel de l'enfant*»²³. En effet l'espace devient accessible, appréhendable, devant, sur le côté, derrière, les mains sont libérées et le bébé pourra investir les objets qui se présentent à lui. On se situe de plus en plus dans une approche et une **intégration corporelle globalisante**, la station assise nécessitant la coopération du haut et du bas du corps.

Par la suite le bébé va continuer son exploration de l'espace environnant avec **le ramper à quatre-pattes**, puis **la marche**. Il va prendre plaisir à se déplacer, à maîtriser cet espace, jouer avec les notions de distance, et en même temps découvrir les premières limites et interdits. L'enfant se redresse, il se porte lui-même et donc il renonce au portage de ses parents. «*On est sur le chemin de l'individuation*»²⁴. En effet l'acquisition de la marche, avec l'intégration du bas du corps, **permet à l'enfant de se séparer** du corps de sa mère, puis d'y revenir. Ce redressement implique l'articulation du genou («je-nous»), l'enfant est sur la voie de la différenciation, il va **commencer à différencier le «je» du «nous»**.

À chaque niveau d'organisation, à chaque nouvelle acquisition motrice, le bébé va voir ses possibilités d'exploration augmenter de manière exponentielle. Ces capacités motrices vont permettre au bébé de soutenir la relation avec son entourage, son exploration de l'espace et en même temps son intégration corporelle.

²³ KOUPERNICK C.; *Motricité et développement psychologique*, Enfance, tome 9 n°2, 1956; pp19-22

²⁴ LATOUR A.M.; *L'organisation du Moi corporel*, Cours de 3ème année, IFP Bordeaux, 2013

L'enfant atteint d'IMC va rencontrer des difficultés dans l'intégration de ces nouvelles formes d'organisation.

En effet en fonction de l'atteinte neurologique, de la difficulté de contrôle tonique, des difficultés posturales et des interactions avec l'entourage, les **acquisitions vont être limitées et/ou ralenties dans le temps**, «chez certains enfants, progresser d'un stade au stade suivant peut demander des années»²⁵. Le tableau clinique étant extrêmement fluctuant d'un enfant à un autre, dans la prise en charge il ne s'agira pas de maîtriser absolument un stade avant de passer à un autre.

En psychomotricité, il s'agira d'accompagner l'enfant en aménageant un environnement qui **éveille sa curiosité et son envie d'explorer**, en installant par exemple des parcours, tapis, modules de couleurs, et en lui laissant le temps de trouver par lui-même une façon de réaliser l'action, le moyen de se déplacer, le geste dont il a envie et ainsi de s'adapter à son environnement. La motricité automatique se mettant difficilement en place et demandant un **contrôle volontaire coûteux en énergie et en concentration**, la psychomotricité va favoriser par la répétition d'actions motrices la mise en place d'une coordination plus fine et d'un geste plus fin. Par ses sollicitations le psychomotricien amènera l'enfant à accompagner son geste du regard afin de pouvoir ajuster son mouvement.

Le psychomotricien accompagne les gestes de l'enfant par la voix pour lui permettre de **donner du sens à ses actions** et d'évoluer dans un milieu sécurisé. De cette manière il va permettre à l'enfant de **faire des découvertes motrices**, de nouvelles expériences afin qu'il **enrichisse son potentiel d'action** et déjà qu'il puisse adapter sa motricité en fonction de ses envies et de son environnement.

L'accompagnement du **psychomotricien favorisera l'expérimentation** et le passage par ces **étapes essentielles**. Plus que par la voix, il pourra **effectuer en même temps** une action facilitant l'appui par le regard avec la mise en jeu des neurones miroirs. De même il pourra **accompagner corporellement** l'enfant : en se mettant derrière lui, en le soutenant au niveau du dos, l'enfant pourra alors libérer ses membres supérieurs pour s'exercer à des activités de préhension, de manipulation, de coordinations bi-manuelles. De plus cela installera l'enfant dans un schème de flexion, rassurant et sécurisant, maintenant une organisation et une unité chez l'enfant.

²⁵ BOBATH B. et BOBATH K.; *Développement de la motricité des enfants IMC*, Éd. Masson, 1985; p19

C. L'acquisition du langage

Le langage est le moyen de communication le plus répandu, on parle et on apprend à parler parce que l'on a besoin de communiquer.

En effet, la définition du langage dans le dictionnaire précise que le langage est la «*capacité, observée chez tous les hommes, d'exprimer leur pensée et de communiquer au moyen d'un système de signes vocaux et éventuellement graphiques (la langue)*»²⁶. Le langage englobe la parole, le langage écrit, la langue des signes, etc.

Je rajouterai à cette définition la **composante corporelle du langage**. Le regard, les mimiques, le tonus, la posture, sont autant d'éléments non-verbaux qui possèdent une signification et véhiculent une idée à part entière, en complément ou en contradiction avec le message verbal. Ces éléments non-verbaux sont présents dès la naissance, le bébé possède cette capacité innée de pouvoir relativement contrôler et moduler son tonus, sa posture. Dès sa naissance, le **bébé est un être communiquant**.

H. WALLON puis J. DE AJURIAGUERRA ont parlé de «**dialogue tonique**» et de «**dialogue tonico-émotionnel**» pour décrire cette forme de communication précoce qui favorise l'interaction du bébé avec sa mère et son entourage et plus tard l'apparition du langage oral. Le bébé perçoit très vite que s'il émet un certain signal il aura en retour une certaine réponse de la part de son entourage, ce qui renforce les échanges au sein de la sphère familiale.

L'enfant atteint d'IMC ne possède pas ou peu cette capacité innée de pouvoir contrôler et moduler son tonus. De cette incapacité à réguler son tonus va résulter un inconfort tonique entre l'enfant et sa mère qui pourra difficilement s'adapter et capter les signaux de son enfant. **Accompagner précocement l'entourage familial** pourra permettre à celui-ci de capter au mieux les signaux de son enfant et de répondre à ses besoins afin de développer une relation sécurisante et valorisante, permettant à l'enfant de se sentir compris dans ses attentes et ses besoins.

L'interaction, les échanges émotionnels du bébé et de son entourage dès la naissance, sont essentiels car ils permettent de développer une intention communicative.

²⁶ Dictionnaire Larousse

En effet le langage peut ne pas se développer, ou difficilement, si l'environnement ne reconnaît pas cette capacité à l'enfant.

Toutefois ce ne sont pas les seuls pré-requis pour une bonne acquisition du langage. L'acquisition du langage va aussi dépendre de **capacités neuro-cognitives** innées, **attention sélective**, **mémoire**, et de la bonne maturation de l'**équipement perceptif auditif** qui permettent au bébé de différencier la voix humaine et de différencier des phonèmes.

Le rythme d'acquisition du langage est très variable, c'est pourquoi on peut trouver des différences dans l'âge d'apparition des différentes étapes. Cependant l'ordre de succession de ces étapes est fixe²⁷ : on distingue habituellement deux périodes dans l'acquisition du langage : la période pré-linguistique (0 à 9 mois) et la période linguistique (9 mois à 3 ans). Un langage de base sera acquis entre 3 et 5 ans, au delà le langage continue à évoluer sur le plan expressif, cognitif, de la syntaxe. L'enfant sera généralement prêt au langage écrit à 6 ans.

Outre les difficultés de langage, les **troubles de l'articulation** peuvent entraîner une difficulté relationnelle. L'enfant peut mettre du temps à parler, expliquer, cela rend la compréhension difficile pour son interlocuteur. Il s'agira pour le psychomotricien de **laisser la place et le temps** à l'enfant afin qu'il puisse exprimer ses idées et exister, que cela soit en individuel ou en groupe.

Julie est une fille de 12 ans atteinte de diplégie spastique, avec un ralentissement psychomoteur global. Elle a de plus en plus le besoin de s'exprimer et il est difficile pour ses camarades d'y être attentif. En séance de groupe, j'ai pu ressentir l'importance pour Julie que la psychomotricienne amène, de part ses gestes ou sa parole, l'autre enfant à arrêter son action et à l'écouter. À ce moment là ses yeux s'illuminent, on peut penser que cette écoute et cette prise en compte de ses ressentis amène Julie à se sentir écouté, exister.

²⁷ GRAS-VINCENDON A., BURSZTEJN C.; *Le langage : développement normal et aspects pathologique*, Cours de Médecine de Strasbourg, 2007

La fonction symbolique :

Le langage n'est pas seulement un moyen de communication, il **permet de réaliser, interpréter, comprendre et imaginer** le monde qui nous entoure. La pensée s'enrichit par le langage, qui enrichit la pensée. Cela rappelle la boucle incessante des interactions à travers laquelle et par laquelle l'enfant se construit et se différencie.

Autour des 18 mois l'enfant est dans une «**explosion motrice**», il est en pleine possession de ses capacités motrices. À cette étape il peut découvrir, explorer, apprendre à communiquer ses besoins par l'acte moteur. C'est une étape essentielle durant laquelle il est nécessaire que l'enfant investisse sa motricité.

À une étape ultérieure il est nécessaire que cette motricité se canalise afin que l'enfant puisse renoncer à utiliser sa force pour obtenir ce qu'il veut de l'autre et passer à une communication langagière. C'est une étape que P. DELION appelle la «**grande bifurcation**», période où l'enfant devra mettre sa motricité au service de la représentation, de la communication.

À travers mon expérience de stage j'ai pu observer la difficulté, pour les enfants porteur d'hémiplégie cérébrale infantile, de symboliser. Ces enfants qui se situent dans l'agir, et dans une certaine impulsivité motrice éprouvent une **difficulté à se représenter** un parcours, décrire une consigne. **La motricité prend le pas sur la représentation et l'imaginaire.**

On peut faire l'hypothèse que l'enfant ne maîtrisant pas toutes les composantes de sa motricité a besoin de contrôler son environnement en étant acteur. Il privilégie donc l'acte tout puissant et s'engage plus difficilement dans l'investissement des représentations. Une grande partie de l'accompagnement en psychomotricité tentera de permettre à l'enfant d'investir ses capacités sensori-motrices tout en verbalisant afin d'amener l'enfant vers une sécurité corporelle et narcissique qui lui permettent d'investir le monde de la représentation et de la verbalisation.

D. Le développement cognitif selon PIAGET

Selon J. PIAGET le développement cognitif dépend étroitement de la maturation du système nerveux et de l'interaction sociale et affective du jeune enfant, cependant il ne va s'intéresser qu'au «*bébé cognitif*»²⁸ pour décrire les grandes étapes de son modèle.

Il est nécessaire de rappeler l'**importance des interactions sociales et affectives** dans le développement de l'enfant. J. PIAGET était intéressé par ce que le bébé savait faire seul, aujourd'hui on donne une grande place aux interactions du bébé avec son environnement, pour reprendre une expression de D.W. WINNICOTT, «**un bébé tout seul ça n'existe pas**».

De plus, avec les nouvelles méthodes d'observation des nouveaux-nés, certaines données apportées par J. PIAGET peuvent paraître erronées. En effet, selon J. PIAGET, il n'existe pas de langage avant deux ans, or maintenant on sait que le bébé est capable de communiquer très tôt, «*la machinerie du langage est active dès le début de la vie*»²⁹. Le **développement cognitif** et **du langage** sont étroitement liés et **en permanente interaction**, l'un alimentant l'autre, et ce dès le début de la vie.

D'autre part avec des données plus récentes de R. ZAZZO, on sait que le bébé est capable d'imitation précoce et R. BAILLARGEON indique clairement l'existence d'une permanence de l'objet dès quatre à cinq mois.

Une fois ces précisions faites, je vais pouvoir développer les travaux de J. PIAGET sur le développement cognitif, qui reste un cadre de référence pour l'appréhension et la compréhension du développement du jeune enfant.

²⁸ BIDEAUD J., HOUDÉ O., PEDINIELLI J.L.; *L'homme en développement*, Éd Quadrique, 1ère édition, 2004; p207

²⁹ SAÏS T. et al; *Le développement précoce de l'enfant : évolutions et révolutions*, Devenir, 2010/2 vol 22; pp175-185

1. Pré-requis

Selon J. PIAGET, l'intelligence est une équilibration, lorsque l'enfant se trouve devant une situation problème il va immédiatement tenter de trouver les réponses qui lui permettent de rééquilibrer la situation.

Par conséquent **l'intelligence naît de l'action**, pour qu'un enfant développe son intelligence, il a besoin d'agir sur son environnement et sur les autres. Il agit à partir de schèmes d'action : ensembles structurés d'action qui tendent à se répéter dans des situations différentes.

J. PIAGET décrit l'action de l'enfant par deux mécanismes :

L'assimilation : utilisation de réponses qui ont déjà été construites par l'enfant et qui ont déjà fonctionné dans d'autres situations. Lorsque l'enfant assimile un schème utilisé dans une action, il pourra le réutiliser dans une autre situation.

L'accommodation : construction de nouvelles réponses qui viennent remplacer des conduites déjà apprises mais qui ne fonctionnent plus. L'enfant agit à ce moment là par essai/erreur jusqu'à trouver la solution.

L'enfant développe donc son intelligence par un enchaînement d'accommodations-assimilations, l'adaptation résultant d'un juste équilibre entre ces deux notions.

J. PIAGET distingue 3 grandes périodes :

La période sensori-motrice : 0 à 2 ans

La période des opérations concrètes : 2 à 12 ans

La période des opérations formelles : 12 à 16 ans

Je détaillerai seulement la période sensori-motrice, période essentielle à partir de laquelle l'enfant se construit des repères corporels pour appréhender son environnement.

2. La période sensori-motrice (naissance à 2 ans)

Cette période s'appuie sur les sens de l'enfant et son activité motrice. C'est une période dans laquelle l'enfant construit les bases de son intelligence. Ces bases vont s'affiner et passer à un niveau supérieur à chaque étape suivante.

Elle est divisée en six sous-stades.

a. Le fonctionnement réflexe (naissance à 1 mois)

Selon J. PIAGET les réflexes ne disparaissent pas ou ne restent pas inchangés, ils s'adaptent. En effet selon J. PIAGET, le réflexe n'est pas exclusivement automatique, «*il suppose une part d'exercices et d'activités proprement dits*»³⁰. Les réflexes vont donc constituer la **base de la motricité** sur laquelle va se construire l'intelligence de l'enfant.

b. Les réactions circulaires primaires (1 mois à 4-5 mois)

Ce sont les premières habitudes acquises. Lorsque l'enfant utilise un schème réflexe par hasard lors d'une situation, il va le répéter plusieurs fois si le résultat est gratifiant. C'est une «*répétition active*»³¹. J. PIAGET ne parle pas encore d'intelligence à proprement parler, mais dès ce stade se préparent les premières coordinations de schèmes.

c. Les réactions circulaires secondaires (4-5 mois à 8-9 mois)

Le passage au troisième stade se fait par une maturation progressive de la coordination oculo-manuelle (vision-préhension), initiée au stade précédent. Les réactions circulaires ne concernent plus seulement le corps propre de l'enfant mais s'orientent vers les objets : frapper, secouer, passer d'une main à l'autre, etc. L'enfant découvre encore les choses par hasard, mais on en décèle les prémices de l'intentionnalité. On est au «*seuil de l'intelligence*»³².

³⁰ PIAGET J.; *L'intelligence sensori-motrice*, Manuscrits des enregistrements de J. PIAGET fait à la radio Suisse Romande en 1951, Fondation Jean Piaget

³¹ Ibid

³² BIDEAUD J., HOUDÉ O., PEDINIELLI J.L.; *L'homme en développement*, Éd Quadrique, 1ère édition, 2004; p214

d. La coordination des schèmes secondaires (8-9 mois à 11-12 mois)

Selon J. PIAGET c'est le stade de la «véritable» intelligence. L'intentionnalité apparaît, l'enfant va pouvoir coordonner des schèmes entre un but et un moyen posés d'avance. À ce stade l'enfant peut établir des relations entre les objets.

e. Les réactions circulaires tertiaires (12 à 18 mois)

Ce stade se caractérise par un «*affinement de l'activité intentionnelle*»³³ avec des réactions circulaires plus souples. Lorsque l'enfant répète une action sur un objet il ne le répète plus de manière identique mais il peut les varier par tâtonnement et expérimentation.

f. Invention de nouveaux moyens par combinaison mentale (18 mois à 2 ans)

Des nouvelles conduites se dessinent. L'enfant tâtonne et après quelques essais sans réussite il stoppe son action, puis trouve la solution. Ces conduites marquent selon J. PIAGET le fait que l'enfant réalise ses premières combinaisons mentales des schèmes d'action.

«*Trait d'union entre l'intelligence pratique et la pensée symbolique*»³⁴, par la suite l'intelligence n'est plus uniquement sensori-motrice, elle se détache de la perception immédiate, l'enfant se représente et a accès à la fonction symbolique que J. PIAGET appelle la «*fonction sémiotique*» (imitation différée, dessin, images mentales, jeux symboliques, langage).

Chez l'enfant atteint d'IMC, l'intelligence est souvent conservée. «*Le stade sensori-moteur ne serait donc pas un passage obligé, mais une expérience cognitive que les enfants atteints de déficiences motrices ou sensorielles s'approprient différemment*»³⁵.

³³ Ibid, p216

³⁴ BIDEAUD J., HOUDÉ O., J.L. PEDINIELLI; *L'homme en développement*, Éd Quadrique, 1ère édition, 2004; p217

³⁵ BARDEAU-GARNERET J.M.; *De l'accès aux connaissances à la construction de l'identité par les enfants atteints de déficiences motrices*, La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, N°50, 2ème trimestre 2010

Toutefois, une déficience intellectuelle peut survenir en tant que **trouble secondaire** par manque de stimulations, on parle alors de handicap tertiaire. En effet l'enfant handicapé peut renvoyer l'image d'un enfant qui n'est pas «capable» d'entrer en communication, de faire, d'échanger. Le milieu dans lequel évolue l'enfant peut devenir sur-protecteur en répondant d'une manière trop pressante à ses besoins, en étant attentif au handicap et non plus aux capacités propres de l'enfant.

Ainsi j'ai pu observer comment ces enfants ont d'une manière générale **besoin de passer par un soutien langagier** pour toutes les opérations mentales. La révélation du handicap se fait d'une manière générale au sein de la période sensori-motrice et on peut faire l'hypothèse que le temps d'adaptation de l'environnement limite ces premières expériences.

Le rôle du psychomotricien se situe ici dans un accompagnement précoce de la famille afin de favoriser l'échange, la relation. Qu'il puisse laisser le temps nécessaire et soutenir l'enfant dans son désir d'expérimentation et dans la construction du monde qui l'entoure et de lui-même, en «présentant» en quelques sorte l'enfant en tant que Sujet avec ses propres capacités et ressources.

Par la suite il s'agira de **permettre à l'enfant de continuer à faire des expériences sensori-motrice et de se les approprier** afin qu'il trouve en son corps une base stable qui lui permette d'évoluer de façon sécurisée dans son environnement.

Il s'agit aussi de garder à l'esprit que l'**efficacité intellectuelle** est souvent **perturbée** par des **troubles** instrumentaux qui rendent la tâche difficile, des troubles visuels qui retardent la prise d'information ou des troubles du langage qui retardent la réponse. D'où l'intérêt ici de mettre l'accent sur un accompagnement pluridisciplinaire, cohérent, entre les acteurs éducatifs, les acteurs de soins et la famille.

E. Le développement psycho-affectif

Le nourrisson qui vient au monde se situe dans une **globalité psychocorporelle**. Le corps «*n'est pas l'instrument de la psyché mais son partenaire*»³⁶. La maturation neurologique, programmée de manière innée, permet au nouveau-né de développer ses compétences motrices et en même temps que cette motricité et que son corps s'organisent et prennent un sens, la psyché s'organise et prend un sens.

Cependant la maturation neurologique ne suffit pas, l'environnement est déterminant afin que cette **unité psychomotrice prenne sens** et que le **nouveau-né devienne Sujet**.

1. Les liens psychomoteurs

«*Tonus, émotions, postures, attitudes et psychisme sont liés par des rapports réciproque*»³⁷. H. WALLON puis J. DE AJURIAGUERRA ont mis en évidence le lien entre le tonus et les émotions, soulignant son importance dans les relations mère-enfant. Il existe une influence réciproque et une **nature indissociable des registres corporel et psychique**. C'est pourquoi je souhaitais ici parler de lien psychomoteur pour souligner cette unité dans le développement du Sujet.

On retrouve cette unité dès la naissance, à travers l'organisation corporelle du nouveau-né. Tous ses mouvements partent de l'extérieur et se rassemblent vers le centre.

S. ROBERT-OUVRAY décrit le schème d'enroulement-déroulement comme le premier schème moteur essentiel dans le développement de l'enfant. En effet c'est à partir de l'enroulement que va pouvoir se faire le redressement du tronc et l'extension des membres. La répétition de ce schème d'enroulement primaire va permettre de construire selon S. ROBERT-OUVRAY la base d'une «**préoccupation fondamentale de soi**»³⁸.

³⁶ ROBERT-OUVRAY S.; *L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant*, s.robertouvray.free.fr

³⁷ AUZIAS M.; *Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon*, Enfance, tome 46 n°1, 1993; pp93-99

³⁸ ROBERT-OUVRAY S.; *Le corps était la psyché*, s.robertouvray.free.fr

Le nouveau-né expérimente cette capacité à se rassembler, se replier sur lui-même, il peut adopter cette position d'enroulement dans les bras de sa mère et ainsi maintenir «*sa psyché et sa sécurité de base*»³⁹.

L'IMC entrave chez le nourrisson cette **possibilité de se rassembler** et cette **sécurité de base** peut faire défaut.

G. HAAG décrit cette position d'enroulement, avec l'appui du dos, l'appui du regard de la mère durant les premières expériences de nourrissage. Selon G.HAAG cela va permettre chez le bébé l'émergence d'un **premier sentiment d'enveloppe**, «*première peau*»⁴⁰. C'est la première étape de la constitution du **Moi Corporel** qui va permettre à l'enfant de se vivre comme séparé, dans une unité psychomotrice.

2. La constitution du Moi corporel

«*L'enfant handicapé moteur est confronté à un corps persécuteur*»⁴¹. On peut penser que ce corps objet de toutes les attentions extérieures, parfois douloureux, différent de l'entourage, va être difficile à s'approprier. On peut se poser la question de l'unité corporelle chez les enfants atteints d'hémiplégie.

Ainsi on sera attentif à la constitution du Moi corporel, base à partir de laquelle se construit le Sujet. La qualité de l'échange relationnel sera essentiel lors de l'accompagnement de l'enfant.

³⁹ Ibid

⁴⁰ HAAG G.; *Constitution du Moi corporel et des toutes premières étapes du développement du Moi qui sont d'ordre corporel*; La spécificité de la prise en charge médicale des personnes polyhandicapées en institution, CESAP Formation, 1997; pp29-41

⁴¹ CHAMPONNOIS C.; *Handicap moteur, aspects psychologiques*, Déficiences motrices et situations de handicap, APF, 2002

a. Un premier sentiment d'enveloppe

G. HAAG décrit lorsque le bébé est dénudé, les cris, les trémulations et les raidissement comme les trois grandes manifestations de malaises néonataux en réponse à une sensation de perte des «*enveloppes prénatales*»⁴².

Ces phénomènes s'arrêtent lorsqu'un premier sentiment d'enveloppe psychique se construit, sentiment de circularité qui s'établit à une petite distance du corps, aux alentours du deuxième mois.

Selon G. HAAG ce qui crée ce premier sentiment d'enveloppe est un ensemble de perceptions qui intègrent le contact de la peau lorsque le bébé est dans les bras de sa mère, avec notamment le soutien du dos, et l'intense oeil à oeil, aux alentours du deuxième mois de vie. Le nouveau-né semble alors percevoir qu'il envoie des émotions, de l'excitation sous forme primitive vers la mère qui peut s'ajuster sur le plan tonique et postural, il se crée une boucle de retour. Le nourrisson commence à percevoir ici un sentiment d'intérieur et la conception d'un espace externe, **une différenciation intérieur-extérieur**.

On voit ici dès les premiers moments de la vie comment l'échange réciproque du bébé envers son environnement qui lui répond, participe à la constitution, construction d'un sentiment de différenciation, d'une séparation du Sujet, vers une unité.

Chez l'enfant IMC on peut être frappé par la **difficulté du dialogue tonique**, par «*l'étrangeté de la raideur [...] ou au contraire à l'absence de tonicité des jambes*»⁴³. Cela va nécessiter un ajustement et une adaptation plus importante de la part du parent afin de favoriser une position en enroulement, position de sécurité physique et psychique.

Le dispositif de stage ne m'a pas permis d'apprécier le travail précoce du psychomotricien auprès des parents mais je pense qu'il tient ici une place importante. Il pourra favoriser l'investissement de ces premiers liens relationnels en accompagnant les parents dans le portage et les soins. Certaines postures comme le soutien du dos par exemple vont permettre à l'enfant d'être plus disponible pour nouer une relation.

⁴² HAAG G.; *Prévenir les surhandicaps psychiques des handicaps, entre le déficit et le moi corporel*, revue de l'ANECAMPS, 1995

⁴³ CHAMPONNOIS C.; *Handicap moteur, aspects psychologiques*, Déficiences motrices et situations de handicap, APF, 2002

L'installation de ce premier sentiment d'enveloppe permettra au nourrisson de jouer avec ses membres, suçotement et jeux de rassemblement.

b. Le rassemblement des deux moitiés du corps autour de l'axe

Aux alentours du troisième et quatrième mois, les jeux de mains, la jonction des deux côtés est de plus en plus fréquente, le bébé construit cette notion d'**axe corporel** soutenu par le regard de sa mère.

Chez l'enfant hémiplégique, A. BULLINGER décrit des déséquilibres possibles entre l'hémicorps gauche et droit. *«L'hémicorps déficitaire peut privilégier les signaux tactiles archaïques et manifester une plus grande irritabilité»*⁴⁴. Cet aspect peut rendre fragile ce **rassemblement entre la gauche et la droite** *«pour le corps et l'espace proche»*⁴⁵.

On peut se poser la question de la construction de l'axe chez l'enfant hémiplégique cérébrale infantile et sur l'articulation des deux moitiés du corps.

c. L'intégration des membres inférieurs

L'intégration des membres inférieurs commence à partir de 5 à 6 mois, avec les jeux de pédalage, de repoussé, quand le bébé attrape ses pieds. Les clivages verticaux et horizontaux se réduisent de plus en plus avec la station assise, le ramper puis le redressement sont des coopérations entre le haut et le bas du corps.

Je me sépare du corps maternel et j'y reviens, le nourrisson est sur le **chemin de l'individuation**. L'affirmation au niveau moteur va de pair avec l'affirmation du Moi.

Chez l'enfant IMC l'**hypertonie au niveau du tronc peut venir gêner ces jeux de rassemblement entre le haut et le bas du corps**.

⁴⁴ BULLINGER A. cité par GOLSE B. et al.; *Perturbations des apprentissages précoces : comprendre, étayer, accompagner l'enfant défaillant*, Enfances & Psy, N°28, 2005/3; pp12-32

⁴⁵ Ibid

Le psychomotricien sera attentif à ces manifestations afin de proposer des expériences sensori-motrices (roulades, position d'enroulement, etc) qui lui permettront d'investir le bas du corps, faire le lien entre le haut et le bas puis entre l'espace droit et gauche, afin qu'il ne persiste pas de clivage au niveau corporel et psychique.

Le **Moi corporel** est la base sur laquelle le bébé va percevoir les sensations, stimulations venant de l'extérieur et pourra en retour y répondre. Ces sensations mis en sens par l'entourage familial vont lui permettre de s'en différencier.

D. WINNICOTT a décrit les qualités nécessaires à l'environnement pour que le Sujet puisse se construire, **d'une dépendance absolue vers son indépendance**.

3. L'environnement comme élément déterminant du Sujet en devenir

Selon D. WINNICOTT, il est essentiel que le bébé dispose de soins maternels «suffisamment bons». Ces soins vont permettre d'éveiller le plaisir de vivre, de découvrir le monde qui l'entoure **vers une autonomie de plus en plus grande**.

a. Les qualités de l'environnement

D. WINNICOTT décrit différentes qualités dont doit disposer l'environnement maternel. La première est la «préoccupation maternelle primaire». C'est la nécessaire empathie dont fait preuve la mère à l'égard de son enfant. Ainsi la mère est entièrement à l'écoute du nourrisson, elle sait qu'il ressent et peut satisfaire au mieux à ses besoins et à ses désirs, elle lui permet «*un sentiment continu d'exister suffisant*»⁴⁶.

De plus il décrit trois autres qualités à un environnement «*suffisamment bon*» : le «*holding*», le «*handling*» et «*l'object-presenting*», **qualités que l'on retrouve dans l'accompagnement en psychomotricité**.

⁴⁶ GOLSE B. (sous la direction de); *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : compléments sur l'émergence du langage*, Éd. Masson, 4ème édition, 2008; p77

Le «**holding**» est le «maintien physique de l'enfant par la mère». C'est la façon de tenir et maintenir le bébé. Ce **portage physique et psychique** protège le bébé de l'environnement extérieur et lui permet au bébé de se sentir dans **une continuité d'être**, la rythmicité des interactions, la répétition des échanges maternels va permettre au bébé de repérer les éléments stables de l'environnement et ainsi évoluer de façon sécurisée.

C'est la mère et l'environnement qui vont devoir s'adapter au bébé dans un premier temps. Avec l'**enfant IMC cette adaptation est tout à fait possible**, mais elle peut prendre un peu plus de temps. Au fur et à mesure, la mère et l'environnement vont se désadapter progressivement pour que le bébé puisse d'avantage compter sur ses propres ressources psychiques. Cette qualité de présence de la mère va permettre le processus «*«d'intégration» qui conduit l'enfant à un état d'unité»*⁴⁷.

On retrouve ces **qualités de présence dans la fonction soignante**. Le psychomotricien va dans un premier temps s'adapter et adapter l'environnement pour que l'enfant puisse s'en saisir. Avec une rythmicité des interactions et la répétition des expériences, **l'altérité de l'enfant va naître** et le psychomotricien pourra d'une certaine manière s'effacer petit à petit.

Le «**handling**» désigne la manière dont est soigné le corps du bébé au début de sa vie. Afin que **le corps du bébé** soit approprié par l'enfant lui-même, **il doit être d'une certaine manière présenté** par sa mère, joué, soigné, identifié par son parent. Cela permettra le processus de «*«personnalisation» [...] l'installation de la psyché dans le soma»*⁴⁸.

«**L'object-presenting**» est la présentation de l'objet du besoin par la mère au bon moment, au moment où il en a besoin, comme s'il l'avait créé. La mère lui présente l'objet mais il faut qu'il soit trouvé par le bébé, cela lui donne **l'illusion de créer le monde qui l'entoure**.

Il est nécessaire d'avoir donc un ajustement dans le trouvé-crée entre la mère et le bébé. Petit à petit avec la désadaptation progressive de la mère, le bébé va pouvoir se désillusionner et établir les **premières différenciation Moi, non-Moi**.

⁴⁷ GOLSE B. (sous la direction de); *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : compléments sur l'émergence du langage*, Éd. Masson, 4ème édition, 2008; p77

⁴⁸ Ibid; p79

Ces qualités sont composantes et conditionnent la relation du bébé avec l'environnement maternel, relation dont D. WINNICOTT décrit l'évolution en trois phases.

b. De la dépendance absolue vers l'indépendance

La relation entre la mère et l'enfant se modifie au cours du développement de l'enfant, D. WINNICOTT distingue trois phases : une phase de «**dépendance absolue**» et une phase de «**dépendance relative**», qui conduisent le Sujet «**vers l'indépendance**».

La phase de «dépendance absolue» correspond aux cinq premiers mois. À ce stade la **mère est entièrement à l'écoute** de son bébé et elle répond de la manière qui lui semble la plus adaptée par les soins qu'elle lui donne, tandis que lui n'en a pas encore conscience. La mère incarne l'environnement favorable mais c'est la relation avec l'environnement maternel au sens large du terme dont a besoin le nourrisson pour se développer de façon sécurisée.

Puis, la maturation psychomotrice du bébé entraîne une **désadaptation** progressive de l'entourage, qui lui permet de **trouver peu à peu son indépendance**.

La phase de «dépendance relative» s'étend du sixième mois à la fin de la première année. La réponse au besoin par la mère devient consciente pour le bébé, ce sont les «*débuts d'une compréhension intellectuelle*»⁴⁹. La désadaptation progressive de la mère permet au bébé de développer ses **propres ressources psychiques** pour pallier à une possible défaillance relative de son environnement. Le bébé crée une **continuité représentative mentale** en l'absence d'un corps à corps.

Le bébé va pouvoir progressivement **se différencier** de sa mère, «*une fois que l'extérieur signifie «non-moi (non-je), l'intérieur signifie «moi»*»⁵⁰.

Cette compréhension intellectuelle est favorisée par la compréhension et la production de langage qui vont permettre au bébé de capter le message et supporter l'absence.

⁴⁹ WINNICOTT D.; *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, Éd Payot, édition française, 1970; p48

⁵⁰ Ibid; p53

«Vers l'indépendance». L'enfant peut progressivement appréhender le monde, il «s'identifie à la société»⁵¹, il va pouvoir **investir le monde de façon personnelle**. D. WINNICOTT précise que des retours en arrière sont possibles, les parents étant un soutien essentiel durant une bonne partie de la vie qui va suivre et notamment à l'adolescence.

c. Le processus de maturation

Toute l'expérience réciproque de l'enfant avec son environnement va permettre la maturation affective et que se constitue le «self» chez l'enfant. D. WINNICOTT donne le nom de «self» au **Moi** lorsqu'il est **unifié** et **différencié** de l'extérieur. «*Le Moi est une création individuelle qui donne à chacun une identité unique*»⁵².

C'est la mère qui contribue par son empathie à renforcer le Moi de son enfant, ainsi petit à petit et grâce au «holding» va se constituer le «self». Il s'établit «*pendant toute la période de dépendance relative*»⁵³ durant laquelle l'enfant va se différencier de sa mère à travers toutes les expériences qu'il fait de son propre corps.

Le concept de «self» introduit par H. HARTMANN, désigne la représentation de la personne entière. Du «self» découle le **sentiment d'une existence individuelle autonome**.

D. WINNICOTT distingue le «**vrai-self**» du «faux-self». Le «vrai-self» est ce qui concerne toute la **vivacité sensorimotrice du Sujet**, tout le côté vivant de la motricité du Sujet.

Le «**faux-self**» est la nécessité pour l'enfant de s'adapter excessivement à son environnement. L'enfant doit se conformer de manière excessive et ainsi **taire ses besoins et ses désirs** pour se conformer à ceux de l'environnement.

⁵¹ WINNICOTT D.; *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, Éd Payot, édition française, 1970; p54

⁵² ROBERT-OUVRAY S.; *L'enfant tonique et sa mère*, Éd. Desclée de Brouwer, 2007

⁵³ GOLSE B. (sous la direction de); *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : compléments sur l'émergence du langage*, Éd. Masson, 4ème édition, 2008; p81

Au cours du **développement psychomoteur**, la maturation neurologique du bébé et la relation, les **échanges avec l'environnement** vont lui permettre de se différencier, s'individuer, pour progressivement **devenir Sujet avec ses propres envies et désirs**. «*La construction d'un sujet, dont le corps devient à la fois sa possession et le lieu de son identité profonde*»⁵⁴ se poursuit, d'autant plus qu'il reste encore dépendant des soins maternels.

III. Devenir Sujet : le vécu de l'enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale

L'annonce d'un **handicap** quel qu'il soit constitue toujours un **traumatisme**. Il existe une rupture temporelle, «ça ne sera plus jamais comme avant», le présent nécessite une adaptation au jour le jour et les projets futurs ne sont plus envisagés dans l'immédiat. Cela nécessite pour les parents de faire le deuil de l'enfant imaginé et fantasmé afin de pouvoir s'adapter au mieux et investir les liens relationnels indispensables à cet enfant qui est né.

Questionnements, doutes, angoisses, culpabilité, venant à chaque étape réactiver la blessure narcissique initiale, sont parties prenantes du présent des parents qui doivent construire, reconstruire ce lien relationnel essentiel au devenir de l'enfant, dans une relative incertitude des événements futurs. En effet dès le début de la vie, les interventions chirurgicales, examens sont **autant d'expériences angoissantes qui viennent couper la rythmicité des échanges et instrumentaliser** d'une certaine manière le corps de l'enfant, le **dépersonnaliser**.

Or «*avoir un corps à soi, c'est avoir des repères, se connaître, avoir des sensations et des perceptions qu'on peut intégrer (faire rentrer à l'intérieur de soi) dans lesquelles on a confiance, sur lesquelles on peut s'appuyer*»⁵⁵.

Chez l'enfant atteint d'IMC on peut se demander s'il n'existe pas une certaine **difficulté à éprouver ce corps comme étant à soi**. Ce corps qui devient angoissant, douloureux, qui renvoie inexorablement au handicap.

⁵⁴ POTELE C.; *Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi*; Enfances et Psy, 2008/2, N°39; p106-118

⁵⁵ Ibid

D'autant plus que la rééducation vient d'une certaine manière renforcer cette **idée de déficience**, le corps étant souvent abordé sous l'angle du handicap, réalité difficile à accepter comme telle.

Alors comment chez l'enfant atteint d'IMC, ce corps perçu comme défaillant, angoissant, peut-il venir s'éprouver comme étant à soi, porteur d'une identité ? «*Un corps sujet, un corps habitacle d'un sujet pensant*»⁵⁶.

Il est tout à fait possible de développer un «vrai-self» pour l'enfant. Le handicap nécessite une adaptation et les premières inter-relations mettent peut-être plus de temps à se mettre en place mais cela n'empêche pas une relation saine qui permette à l'enfant de se développer de façon harmonieuse. Toutefois dans cette quête de s'approprier un corps, base de son identité, en **fonction de l'acceptation** du handicap le vécu sera **plus ou moins difficile**.

D'une manière générale le **sentiment de devoir sans cesse faire ses preuves** est important. Le ressort de la compétition est très présent, comme si exister face à l'autre passe par le fait de lui prouver ses capacités à faire une chose. On peut faire l'hypothèse d'une **quête de retrouver un corps performant**, avec une illusion d'un retour à une certaine normalité. «*Il y a une espèce de confusion qui s'installe insidieusement entre le faire et l'être*»⁵⁷.

D'autre part, le «**faux-self**» peut venir occuper une place majeure. L'enfant se conforme de manière excessive à son environnement, ses désirs et sa spontanéité passant au second plan.

⁵⁶ POTEL C.; *Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi*; Enfances et Psy, 2008/2, N°39; p106-118

⁵⁷ CHEVANCE J.P.; *Le handicap à vivre : le point de vue de la personne handicapée*, Déficiences motrices et situation de handicap, APF, 2002

Sylvain est un garçon de 11 ans atteint de diplégie spastique. La première séance je lui fais une proposition, il est tout de suite d'accord, peut-être trop. Cela se passe bien cependant il y a un décalage entre ce qu'il me dit verbalement et ce qu'il me donne à voir. À l'image de l'investissement de l'espace (nous jouons dans un petit coin), l'investissement corporel semble réduit. Je pense alors qu'il est important de lui laisser le temps d'exprimer ses besoins et de faire ce qu'il a envie, réellement envie. Cela prend du temps, je me demande si je dois intervenir mais je le laisse faire en étant présent et en l'accompagnant verbalement. Nous arrivons ainsi à mettre en place un jeu qui ait du sens pour lui, même si cela dure 10 min en fin de séance. Aujourd'hui l'espace de jeu occupe toute la salle, Sylvain peut dire «non», faire des choix, il peut extérioriser ses affects et ses ressentis.

Enfin, certains enfants se **dévalorisent** totalement, avec une **perte de confiance** en eux. À ce moment-là, trouver en son corps une base sécurisante afin d'appréhender l'environnement extérieur devient très difficile voire impossible.

Selon l'histoire de l'enfant et les qualités de contenance de son environnement le handicap va avoir une **influence plus ou moins importante sur la construction du Sujet**. Ce corps défaillant va limiter les possibilités de l'enfant à se vivre en tant que Sujet différencié et individué de l'autre.

Nous allons maintenant aborder l'incidence du handicap moteur dans une approche clinique auprès d'enfants en situation d'hémiplégie cérébrale infantile.

PARTIE 2 : APPROCHE CLINIQUE EN PSYCHOMOTRICITÉ AUPRÈS D'ENFANTS ATTEINTS D'HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE INFANTILE

J'ai pu rencontrer durant cette troisième année, au cours de mon stage dans un Centre d'Observation et d'Éducation Motrice, des enfants atteints d'hémiplégie cérébrale infantile et ainsi tenter d'observer concrètement quel est l'impact que peut avoir ce handicap moteur . À partir de ces observations j'ai pu apprécier quelle peut être la place du psychomotricien au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle.

Pour introduire cette seconde partie un regard singulier sera porté sur l'hémiplégie cérébrale infantile; ensuite je présenterai l'institution qui m'a accueillie en stage; puis je situerai la place du psychomotricien dans un centre de rééducation fonctionnelle et le dispositif de la pratique psychomotrice; enfin une étude de cas viendra illustrer mes propos.

I. Un regard singulier sur l'incidence de l'hémiplégie cérébrale infantile

A. Le ressort de la compétition

Une des premières particularités des mes prises en charge avec des enfants en situation d'hémiplégie est que je retrouve un **besoin de compétition important**.

Besoin de me montrer tout ce dont ils sont capables dans un premier temps, puis besoin de se mesurer à moi ou à la psychomotricienne.

Victor est un petit garçon de 5 ans atteint d'hémiplégie cérébrale infantile. Au départ il ne peut envisager de faire un jeu sans qu'il y ait un gagnant ou un perdant, à l'image des jeux vidéos auxquels il s'identifie beaucoup. Un jeu sans vainqueur semble ne pas avoir de sens; il fuit, il dit que «c'est nul» et veut changer d'activité. Nous introduisons donc la notion de jeu ensemble, mais malgré cela à la fin de chaque activité Victor établit un classement de chacun de nous.

On peut faire l'hypothèse d'un **désir de réparation important**, un désir qui mobilise beaucoup d'énergie. «**Retrouver un corps performant, harmonieux, érotique et érogène, est la préoccupation majeure du sujet handicapé**»⁵⁸ et cela peut être encore plus chez l'enfant atteint d'hémiplégie. Les stratégies de contournement mises en place leur permettent de s'adapter relativement bien, ce qui peut venir faire naître «*l'illusion d'un retour à une certaine normalité*»⁵⁹ et un certain déni peut-être présent : «je sais faire tout ça».

La compétition serait donc un moyen d'exister face à l'autre et de contourner son handicap, refuser d'une certaine manière la réalité.

⁵⁸ CHEVANCE J.P.; *Le handicap à vivre : le point de vue de la personne handicapée*, Déficiences motrices et situation de handicap, APF, 2002

⁵⁹ Ibid

B. La question de la réalité

On peut faire l'hypothèse que dans le cas de l'hémiplégie cérébrale infantile, le **rapport à la réalité est particulier**. En effet, la marche autonome est acquise relativement vite, l'enfant fait preuve de remarquables possibilités d'adaptation et peut se faire comprendre facilement. D'autant plus que l'hémiplégie est peut-être un handicap qui se voit moins et on peut avoir de la part des parents, de l'enfant ou des professionnels une certaine identification aux enfants dits «normaux».

D'une part pour le parent, **voir son enfant se déplacer, marcher, courir, interagir, évoluer** peut rendre difficile l'acceptation de cette réalité. Si le parent ne donne pas ce **statut de handicap à l'enfant**, il sera très difficile pour l'enfant de prendre conscience de la réalité.

D'autre part l'enfant en situation d'hémiplégie suit généralement un **cursus classique** durant les premières années et plus qu'un autre enfant en situation de handicap moteur, il pourra participer au jeux (jeux de courses) dans la cour de récréation au milieu des autres.

Pour le professionnel il s'agira d'être très attentif à **ne pas peut-être en demander trop** à ces enfants. De plus si le plaisir dans les expériences sensori-motrices est au coeur de l'accompagnement en psychomotricité, je crois qu'il est nécessaire de confronter l'enfant à la réalité et à ses difficultés. **Tout n'est pas possible**.

Lorsque l'on connaît bien l'enfant, on a tendance à vouloir le protéger, répondre à ses envies, le conforter dans ses capacités. Toutefois je crois qu'il est **important de pouvoir dire «non»** et de proposer des situations où il devra faire face à ses difficultés. Il s'agit à ce moment là de l'**accompagner** afin qu'il puisse y faire face et les dépasser.

Le psychomotricien va donc accompagner cette révélation du handicap et **favoriser une affirmation de soi** qui permettra plus tard de faire face à l'environnement extérieur. On se rend compte que **l'après** est difficile avec les enfants porteur d'une hémiplégie : ils s'adaptent généralement bien, peuvent suivre un cursus scolaire normal avec l'aide d'une Assistance de Vie Scolaire (AVS) mais l'image du handicap est toujours difficile à accepter pour l'autre et les regards extérieurs viennent souvent rappeler cette dure réalité.

Il convient peut être alors de **réfléchir à ce qui serait le meilleur accompagnement** pour préparer l'après, faire face à l'environnement extérieur plus tard. Cela pourrait faire l'objet d'une réflexion à part entière, hors du cadre de ce mémoire.

Ce sont les deux principales observations que j'ai pu mener au cours de mon stage. On pourrait se poser la question sur les répercussions d'une persistance du clivage corporel précoce que constitue l'hémiplégie, qui pourrait expliquer un aspect relationnel dysharmonieux avec parfois une affirmation de la personnalité, une idéalisation de soi d'une part et parfois une forte dévalorisation d'autre part.

II. Présentation du Centre d'Observation et d'Éducation Motrice

A. Informations générales

Le centre d'Observation et d'Éducation Motrice (COEM), au sein duquel j'ai effectué mon stage de troisième année, accueille et accompagne des enfants qui rencontrent divers problèmes pour exprimer une motricité normale. Il comprend un Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) et un Institut d'Éducation Motrice (IEM).

L'admission est notifiée par la commission adéquate de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), après consultation médicale et accord de la directrice de l'établissement et sur demande écrite des parents.

B. Le projet d'établissement

Les éléments de la prise en charge sont développés dans un projet individualisé en accord avec la famille et réajustés régulièrement en fonction de l'évolution de l'enfant.

Les objectifs communs à l'ensemble des disciplines thérapeutiques :⁶⁰

Ces objectifs communs synthétisent les projets de chaque service. Cela permet de visualiser et comprendre l'accompagnement global de l'enfant accueilli au COEM.

Le premier objectif pour les professionnels est de **découvrir l'enfant, sa personnalité et ses particularités en l'observant dans toutes les situations.**

Par la suite il s'agira d'**adapter les interventions, les articuler et les moduler en fonction des rythmes et des besoins évolutifs de chaque enfant :**

Aider l'enfant à percevoir, à appréhender l'environnement et à prendre conscience de ses possibilités :

- En favorisant le développement perceptivo-moteur et relationnel
- Par un travail sur la confiance en soi, la valorisation et l'estime de soi

Soutenir sa communication et ses apprentissages :

- En accompagnant l'émergence et le développement du langage et de la communication
- En collaborant avec enseignants et éducateurs pour soutenir l'enfant dans ses apprentissages péri-scolaires et scolaires

Susciter et encourager ses réalisations personnelles par des expériences dynamiques et des aménagements

- Amener l'enfant à être acteur au travers d'expériences dynamiques, verbales et perceptives
- En visant une autonomie de réalisation par l'éducation motrice et le recours à des aides techniques

L'aider à entrer en relation positive de jeux et d'échanges avec les autres enfants.

Assurer son confort, préserver sa sécurité et protéger son corps :

- Par des installations adaptées
- Par la prévention orthopédique
- Par des aménagements des conduites alimentaires

⁶⁰ Projet d'établissement COEM

Dans ce cadre là j'ai pu appréhender la façon dont le projet en psychomotricité peut se situer dans le projet d'établissement d'un centre de rééducation fonctionnelle.

III. La place du psychomotricien dans un centre de rééducation fonctionnelle

A. Cadre d'intervention

De la même manière que le handicap moteur atteint la personne dans son ensemble, **l'accompagnement** doit se faire de **façon globale**. Il est nécessaire que le projet personnalisé d'accueil (P.P.A.) se construise **autour des besoins et désirs de l'enfant et de ses parents**. Par la suite, les professionnels pourront échanger sur les moyens qu'ils vont mettre en oeuvre pour favoriser la réalisation de ce projet.

Ainsi dans cet établissement **l'accompagnement précoce** à domicile se fait en grande partie en kinésithérapie et/ou en ergothérapie, le **psychomotricien** n'intervient pas. Toutefois je crois qu'il peut avoir, ici, une **place à part entière** au début de l'accompagnement du jeune enfant.

En effet, chez l'enfant atteint d'hémiplégie cérébrale infantile, il peut exister une certaine héminégligence ou du moins un désintéressement du côté atteint au début de la vie. La rééducation permettra alors de préserver «l'outil corporel» mais ne permettra pas une **intégration des différentes parties du corps en un tout unifié et cohérent**. Le psychomotricien peut ainsi favoriser dans un premier temps la prise de conscience du handicap et son intégration dans la dynamique psychomotrice du Sujet, de ce fait les autres rééducations en seront favorisées. De plus il pourra favoriser **l'inter-relation du nourrisson avec ses parents** en l'abordant sous l'angle de ses **capacités**.

Au sein de l'institution le chemin de l'enfant est en quelque sorte tout tracé, les indications thérapeutiques étant bien précises pour chaque professionnel, excepté en psychomotricité.

En effet je pense que le **psychomotricien** tient une place différente : il **se situe dans un temps à part** dans le quotidien chronométré de ces enfants. Bien entendu le psychomotricien se situe dans un cadre, un projet institutionnel, et se doit de fournir à chaque enfant qu'il rencontre, les outils nécessaires pour une autonomie, propre à chacun. Toutefois il va permettre à l'enfant de prendre son temps, vise à la **prise de conscience des réalités, des progrès et de l'avenir**.

Enfin le psychomotricien pourra intervenir auprès des adolescents. En effet ceux-ci étant présents dans l'établissement depuis leur plus jeune âge, les rééducations peuvent perdre de leur sens tant ils en connaissent toutes les modalités.

Xabi est âgé de 12 ans. Au début de la séance de kinésithérapie il demande à quoi cela va servir. «Les étirements je les connais, je peux les faire tout seul». Il prend sa main, l'étire devant la kinésithérapeute. Par la suite il fait preuve de passivité dans la séance.

Avec le temps et les améliorations qui ne sont peut-être pas à la hauteur de celles espérées, il peut y avoir un **désinvestissement** de l'accompagnement. Le psychomotricien à **l'écoute des désirs** de l'enfant pourra favoriser un **réinvestissement corporel** lui permettant de mettre du sens à sa prise en charge, d'**être de nouveau actif**.

Voilà comment le psychomotricien peut s'inscrire dans le projet d'établissement auprès d'enfants atteints d'IMC. Voyons maintenant comment il peut construire son projet d'accompagnement.

B. Le projet d'accompagnement en psychomotricité

C. POTEL reprend la notion de «*manque à être*»⁶¹ pour définir cette difficulté à devenir soi, à s'investir comme Sujet. C'est là une notion essentielle qui fait l'objet de l'accompagnement en psychomotricité.

La pratique psychomotrice auprès d'enfants atteints d'IMC va tenter d'amener l'enfant «à mieux se comprendre, à connaître ses capacités et ses limites pour pouvoir se surpasser ensuite. [...] faire en sorte **que le sujet accepte son handicap comme une particularité qui lui est propre et qu'il apprenne à vivre avec**»⁶².

Il s'agit de favoriser le **renforcement d'un Moi corporel** et par la suite **permettre à l'enfant de prendre conscience de ses capacités à évoluer en tant qu'être différencié**. Le psychomotricien tentera d'amener le Sujet à ne pas se vivre seulement sous l'angle de son handicap mais en tant qu'individu à part entière avec des envies et des désirs propres.

Ainsi «*le psychomotricien, dès les premiers mois de l'enfant, suscite les compétences motrices dans une intégration de la sensorialité et de l'affectif [...] pour harmoniser au mieux l'évolution et le développement psychique à venir, et dont l'intime imbrication fera de chaque individu, une entité à part entière*»⁶³.

D'une manière détournée, en n'abordant pas le handicap directement, le psychomotricien permet de construire une **verbalisation d'un vécu particulier**, de **découvrir son corps réel et son discours imaginaire**. Il visera à ce que chaque enfant construise son **identité personnelle** dans le cadre des expériences proposées.

La notion de plaisir sera essentielle pour que l'enfant puisse se ré-approprier ce corps, **recréer ce lien psychomoteur** de manière adaptée. En effet «*la maturation neuromotrice intégrant la sensorialité n'a de dynamisme que si elle est façonnée par l'envie de communiquer. Le plaisir de rentrer en relation va s'enrichir en fonction des réponses satisfaisantes ou insatisfaisantes renvoyées par ce même milieu.*

⁶¹ POTEL C.; *Être psychomotricien*, Éd Érès, 2012; p224

⁶² COLOMBEL H.; *L'interférence des langages dans l'approche psychomotrice et orthophonique*, Rééducation orthophonique, N°236, 2009; pp46

⁶³ COLOMBIÉ B.; *Prise en charge psychomotrice de l'enfant infirme moteur d'origine cérébrale de 0 à 3 ans*, Évolutions Psychomotrices, vol 11, N°45, 1999

Le vecteur essentiel d'intégration, de liaison entre l'organisation motrice, l'utilisation des sens et le désir relationnel est l'émotion : elle prouve que la relation existe»⁶⁴.

La relation est une part indispensable de la pratique psychomotrice. Elle permettra au psychomotricien d'être **à l'écoute des besoins** et de respecter le **rythme de l'enfant**.

Le rythme du développement psychomoteur varie d'un enfant à l'autre. C'est un fait, une donnée qu'il s'agit de garder en mémoire lorsque l'on accompagne de jeunes enfants. La qualité du développement de l'enfant ne dépend pas de la vitesse d'acquisition. Ainsi on peut observer des phases de régression qui sont généralement suivies de «bonds en avant» dans le développement de l'enfant. Chez l'enfant IMC, le **développement psychomoteur** est **généralement ralenti**, la question du temps est donc nécessaire à prendre en compte.

La déficience motrice peut entraîner un désir de réparation, de «normalisation». C'est une chose que j'avais en tête avant ma formation. Mais aujourd'hui je pense qu'il faut être vigilant à **ne pas concevoir ce handicap moteur comme un retard à combler mais une donnée avec laquelle l'enfant devra composer**, s'adapter, qu'il devra intégrer comme faisant partie de lui. Ainsi il sera essentiel d'être à l'écoute de l'enfant et s'adapter au plus prêt de ses besoins à chaque instant et modifier si besoin est le contenu ou les objectifs d'une séance.

L'adaptation est une qualité essentielle. Avec ce que donne à voir l'enfant le psychomotricien doit pouvoir s'adapter tout en maintenant en ligne de fond ses objectifs. Cela permet de **laisser le temps à l'enfant**. Lui laisser le temps afin que s'installe une relation de confiance, d'intégrer à son rythme tout ce qu'il a pu aborder durant la journée, la semaine, de faire une activité moins coûteuse en énergie et concentration, s'il en ressent le besoin.

Selon T.B. BRAZELTON les interactions précoces mère-bébé durant les trois à quatre premières semaines sont décomposées en deux temps : un premier temps d'attention durant lequel la mère et le bébé sont en contact, puis un deuxième temps de retrait. Selon lui, ce **temps de retrait serait un temps d'intégration des traces mnésiques du premier temps**.

⁶⁴ Ibid

Je pense qu'il est donc nécessaire et ceci également chez un enfant plus âgé d'avoir un temps calme durant lequel l'enfant n'a pas d'impératif d'apprentissage ou de rééducation, des **moments de vide** qui permettront une intégration de la réalité.

Le psychomotricien pourra permettre de la même façon aux parents d'investir la relation avec leur enfant sur le mode du jeu et de l'échange et pas seulement sur un mode rééducatif. Les parents auront aussi leur propre rythme dans la façon d'accepter et de s'adapter au handicap.

Le psychomotricien favorisera dans le rythme de chacun, parents et enfants, un accompagnement qui sera au plus proche des besoins et désirs de chacun, à chaque instant.

C. Le psychomotricien en équipe

J'ai pu évoluer durant cette année au sein d'une véritable équipe pluridisciplinaire, comprenant outre des psychomotriciens, des médecins spécialistes, kinésithérapeutes, orthoptistes, ergothérapeutes, psychologues, éducateurs spécialisés, etc.

À partir de là, j'ai pu apprécier la nature d'un travail pluridisciplinaire et la place du psychomotricien dans une équipe. Je crois que le psychomotricien de par sa formation est amené à **aller rencontrer les autres professionnels** afin de pouvoir appréhender l'enfant dans sa globalité. Je trouve qu'il est vraiment intéressant d'avoir accès à une **vision d'ensemble**, de pouvoir observer l'enfant sur son lieu de vie, avoir des informations sur comment se passent les autres rééducations.

Un enfant peut ne pas se comporter de la même façon en fonction des salles, des professionnels, de la nature de rééducation. Le travail pluridisciplinaire doit permettre de **confronter les points de vue** et de **construire un cadre de prise en charge commun** afin d'accompagner au mieux l'enfant.

De plus le psychomotricien peut être amené à travailler avec d'autres professionnels en séance. J'ai pu observer et apprécier le travail que peut mener un psychomotricien en collaboration avec un kinésithérapeute-ostéopathe dans des séances de stimulation basale pour des enfants en situation de polyhandicap.

Dans un bain sensoriel, un enveloppement, le psychomotricien amène un moment de détente, de bien-être, de la contenance et un relatif relâchement tonique. Ainsi, l'enfant est plus disponible et relâché pour entrevoir une séance d'ostéopathie.

Ce genre de collaboration peut amener une richesse dans l'accompagnement des enfants, tout en **gardant chacun son identité de professionnel** et ses propres objectifs. Chacun va pouvoir amener son savoir faire et en même temps découvrir peut être une autre image et de nouvelles capacités, non entrevues auparavant en individuel.

Remarque : **tout relâchement tonique n'est pas forcément un signe de bien être.** On peut se questionner sur un désinvestissement corporel, une fuite de la réalité si le lâcher prise est trop rapide.

Durant les séances de psychomotricité Maëva semble en difficulté pour se construire des repères corporels stables qui lui permettent d'évoluer en sécurité. Toutes ses actions sont rythmées par des «aïe». On peut donc se poser la question d'un «mal»-être. Elle demande systématiquement un moment de détente en fin de séance pour «se reposer». Si au début ce temps était réduit, aujourd'hui Maëva s'endort et le retour à la réalité de la salle est de plus en plus difficile. On peut donc se demander si ce moment ne représente pas l'occasion de fuir d'une certaine manière ce corps qui fait mal.

IV. La pratique psychomotrice : un dispositif particulier

A. La relation

1. La rencontre

La rencontre est essentielle dans cet accompagnement. Au début de mon stage j'ai pu ressentir comment la présence de quelqu'un de nouveau peut susciter parfois de la curiosité ou parfois de l'angoisse. Je crois que dans le temps de rencontre il faut savoir rester à une bonne distance de l'enfant, pour qu'il apprenne à mieux nous connaître et que s'installe par la suite une relation de confiance.

Marie est une petite fille de 5 ans, souriante, qui investit bien les séances de psychomotricité. Je vais la suivre toute l'année en compagnie de sa psychomotricienne. Lors de notre première rencontre, elle accepte ma présence d'un oui de la tête, mais n'accepte pas que j'interagisse. Il y a ma position de stagiaire et le fait que je sois un homme qui intervient au niveau relationnel. Je reste alors en retrait, je regarde la séance se dérouler, sans qu'elle ne me sollicite malgré les demandes de la psychomotricienne.

Plus tard, restant toujours à distance, j'applaudis lorsqu'elle réussit un parcours, elle commence à me regarder. Lors de la seconde séance, je reste toujours à ma place, mais je commente un peu plus ce qui se passe, ainsi elle peut me solliciter verbalement. Enfin au bout de trois séances, Marie accepte que je sois actif à part entière. Une relation de confiance s'est installée, un échange peut démarrer.

On parle de **relation thérapeutique** en psychomotricité. C'est un **espace** qui est **partagé**, un espace où l'on est écouté. L'enfant va pouvoir exprimer ses envies et le psychomotricien va venir faire écho, **sans interpréter**, il va **reformuler** : «j'écoute et je te reformule ce que j'en ai compris». À partir de là on va aller vers une **recherche de sens**.

Dans cette relation la **qualité de présence** du psychomotricien est très importante. Avec les enfants en situation de handicap moteur cette relation se doit d'être **contenante**, pour garantir une **sécurité de base** qui peut faire défaut. Le psychomotricien doit être un objet stable et constant garant d'un certain cadre.

J'ai pu me rendre compte combien ces enfants sont sensibles aux émotions qu'on peut leur transmettre. Avec le recul je me rends compte que dès que j'ai été moins présent dans la relation, que j'ai pensé à autre chose, j'ai pu percevoir en retour une certaine agitation, comme pour me ramener au moment présent. C'est pourquoi il me semble que cette présence contenante, par la voix, les gestes, le regard, va être très importante dans l'accompagnement de ces enfants car cela va contribuer à former un **environnement sûr** dans lequel **l'enfant pourra évoluer et si besoin est se rattacher**.

Ainsi il s'agira d'être à l'écoute de tout ce qui peut passer dans la relation, à l'écoute de l'enfant comme de nous-même.

Être à l'écoute de soi et de l'autre, pour le psychomotricien, permet de percevoir les émotions de l'autre et en même temps de prendre conscience de ses propres réactions toniques et motrices pour leur **donner un sens**.

Il y a une notion de transfert et de contre-transfert psychomoteur, la compréhension de l'autre nous est permise grâce à nos éprouvés corporels.

2. Le dialogue tonico-émotionnel

On retrouve ici la notion de «*dialogue tonique*» de J. DE AJURIAGUERRA, ou dialogue tonico-émotionnel. C'est le mode de communication du tout-petit, en tant que langage principal de l'affectivité, et on le retrouve chez les enfants plus grands et chez l'adulte. Le psychomotricien y est attentif afin de percevoir au mieux l'état affectif de l'enfant. Cela permet de percevoir s'il existe une **concordance entre le dialogue verbal et ce que l'enfant dit de manière corporelle**.

Parfois ce lien n'existe pas et le psychomotricien par la verbalisation de ce qu'il perçoit va permettre de refaire ce lien entre les manifestations corporelles et ce qui en est ressenti, symbolisé, chez l'enfant.

Le dialogue-tonico émotionnel passe par le toucher, mais aussi par la voix et le regard. C'est un véritable langage corporel et affectif qui permet au psychomotricien et à l'enfant d'être en relation.

Être attentif aux réactions toniques permet avec des enfants qui sont démunis sur le plan du langage de percevoir l'état de bien-être ou de mal-être dans lequel ils se trouvent à un moment donné.

J'ai pu appréhender cela auprès d'enfants en situation de polyhandicap. L'approche du psychomotricien, par des massages, des stimulations sensorielles, est importante afin d'amener un certain relâchement tonique. Ce n'est pas toujours évident de percevoir l'état de relâchement mais en étant attentif à certains signes et en apprenant à connaître l'enfant, par l'intermédiaire aussi des échanges avec les autres professionnels, on peut percevoir quelque chose de son état lors de ces moments de rencontre.

En retour, le psychomotricien doit faire attention à ses propres réactions toniques et ce qu'il peut en renvoyer à l'enfant.

Amélie est une petite fille de 5 ans. Je ressens chez elle une grande anxiété, elle m'apparaît comme étant toujours à cran et lorsque cette angoisse la dépasse elle fait de grands gestes brusques en extension. À plusieurs reprises dans ces moments-là elle rassemble des balles de ping-pong et dans un mouvement d'extension elle les éparpille aux quatre coins de la salle. Dans cette situation je me rapproche d'elle et je l'invite à s'asseoir avec moi, son dos appuyé contre moi. Ainsi je lui permet de retrouver cette position d'enroulement et une certaine sécurité corporelle. Je peux sentir un relâchement important chez Amélie qui prend totalement appui contre moi. Là, elle est disponible aux échanges.

À ce moment-là dans ce contact il est essentiel de faire passer quelque chose du relâchement tonique, d'un apaisement, d'une sécurité. **Corporellement et verbalement, l'enfant doit pouvoir percevoir et ressentir une cohérence** entre ce que l'on dit et ce que l'on peut renvoyer par nos réactions toniques et posturales.

La relation thérapeutique en psychomotricité est une relation dans laquelle le psychomotricien est un **partenaire symbolique** qui permet de construire un jeu sans jamais s'enfermer dedans. Le **recul sera donc essentiel** de manière à appréhender ce qu'il s'est passé durant une séance et l'évolution de l'enfant au cours de l'accompagnement.

B. Le cadre

Le psychomotricien construit sa pratique autour d'un cadre, qui vient la délimiter. Le cadre en psychomotricité est à la fois **un lieu et un espace** qui va délimiter une séparation entre **un dedans et un dehors**. Le cadre va définir non seulement un espace, mais aussi un ensemble de règles. Il est **à la fois contenant sans être rigide**.

C. POTEL envisage le cadre psychomoteur à deux niveaux : le cadre physique et le cadre psychique.

Le cadre physique est constitué des horaires, de la fréquence, de la durée des séances, du lieu et du matériel, etc. Ces règles sont structurantes et sécurisantes car elles établissent le droit et le devoir de chacun.

En institution, j'ai pu constater combien ce cadre physique peut être perturbé. Les changements de salle, de matériel, d'emploi du temps sont fréquents. Il est parfois difficile d'éviter tous ces changements, donc la manière dont le **psychomotricien** va être présent afin de **maintenir ce cadre par sa présence**, sa voix, ses façons d'accueillir l'enfant, est essentielle.

C'est ce que C. POTEL décrit par le cadre psychique.

Le cadre psychique garantit une pensée du corps du patient, il a une **fonction de pare-excitation**, une fonction contenant. De par sa façon d'être, sa présence, sa voix, ses gestes, son attitude, le psychomotricien s'attache à être du mieux possible contenant. Il a également une **fonction de miroir**, en référence à D. WINNICOTT qui a décrit le bébé se voyant dans le visage de la mère. Le patient se voit dans les yeux du psychomotricien qui est là pour lui renvoyer une image positive, vers une re-narcissisation. C. POTEL donne au cadre en psychomotricité une **fonction d'étanchéité**, une sécurité qui **permet à l'enfant d'être «tout entier»** dans la relation avec le psychomotricien.

Chez les **enfants porteurs d'hémiplégie** que j'ai rencontré, j'ai retrouvé une certaine **agitation motrice**, une impulsivité, une difficulté à verbaliser sans s'engager dans une action motrice. **En réponse** à cette agitation j'ai pu constater l'**importance d'adopter une position contenant** : se rapprocher corporellement, répéter calmement une consigne en gardant une voix calme et posée, se placer comme un soutien en arrière plan. Cela permet l'instauration d'une relation de confiance, d'une alliance thérapeutique et d'une relation thérapeutique, éléments essentiels à la pratique psychomotrice.

C. Le bilan psychomoteur

En institution et avec des enfants en situation de handicap moteur, l'intervention du psychomotricien se base sur un bilan psychomoteur.

Les modalités de l'évaluation psychomotrice ou bilan psychomoteur vont différer en fonction de la demande, de l'âge du Sujet, du lieu et du psychomotricien.

C'est une *«méthode d'observation, au moyen de consignes, de situations, de tests qui permettent [...] d'évaluer les difficultés [et les capacités] d'un patient»*⁶⁵ à partir desquelles l'accompagnement du Sujet en psychomotricité pourra se construire.

⁶⁵ POTEL C.; *Être psychomotricien*, Éd Érès, 2012; p231

Dans l'institution où j'ai effectué mon stage, il y a une demande, de la part du médecin de rééducation fonctionnelle, de chiffres, de résultats aux tests afin de savoir où se situe l'enfant dans son développement psychomoteur. Cela permet d'obtenir des éléments d'objectivation, qui vont constituer d'indispensables repères au démarrage d'un accompagnement en psychomotricité. Toutefois avec des enfants en situation de handicap moteur, il est nécessaire de ne pas apporter une trop grande importance aux chiffres, étant donné que l'on sait que le développement psychomoteur est souvent retardé en raison de la déficience motrice.

Le bilan repose sur une interaction à un moment donné et doit prendre en compte l'aspect relationnel, les échanges émotionnels et donc ne peut prétendre à la seule dimension objective. Ce n'est pas le résultat qui va être déterminant pour le psychomotricien mais plutôt **comment l'enfant construit sa pensée** : quelles stratégies l'enfant va mettre en place pour y arriver, va-t-il tenter d'y arriver ou exprimer une difficulté ?

Il s'agit pour le psychomotricien d'**aborder l'enfant** non pas par rapport à sa pathologie mais **en rapport avec son vécu**.

Observer et décrire ne suffisent pas; le croisement des données observées et des données théoriques sur le fonctionnement psychomoteur va faire la richesse de l'observation faite en psychomotricité. «*La mise en récit des troubles n'est pas un luxe, c'est une nécessité absolue car l'être humain est fondamentalement un être de narration*»⁶⁶. En institution le travail de rédaction et de compte rendu pour les réunions de synthèse amène une autre dimension à la réflexion et permet de **prendre du recul et d'ajuster sa pratique**.

⁶⁶ GOLSE B cité par PONTACQ B., *Les spécificités des démarches thérapeutiques*, Cours de psychomotricité, 2ème année, 2012

D. La médiation ou le plaisir du «je» par le jeu

1. La médiation

La médiation est un dispositif, un matériel technique, qui s'inscrit dans un temps et un espace et qui par définition **vient s'interposer entre** l'enfant et le thérapeute. C'est un **intermédiaire**, un **support** qui permet de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions et d'en produire une forme symbolique.

La médiation permet une **extériorisation des affects de manière détournée** dans le jeu, des verbalisations peuvent alors secondairement émerger. C'est un support concret de nos représentations psychiques. C'est aussi l'occasion d'une mise en relation, d'une rencontre entre soi et le monde.

Durant toute cette année je n'ai pas utilisé de médiations spécifiques, mis à part de temps en temps la salle «snoezelen», dans laquelle il existe généralement un cadre particulier et des règles spécifiques de fonctionnement. Je n'en ai pas utilisé car d'une part les disponibilités matérielles, l'organisation des emplois du temps ne s'y prêtaient pas totalement et d'autre part je n'en ai pas ressenti le besoin dans l'accompagnement de ces jeunes enfants.

Ainsi j'ai utilisé comme le **corps comme médiateur**. Des objets simples m'ont permis de mettre ce corps en jeu, de nouer une relation et de faire toutes sortes d'expériences sensori-motrices afin de favoriser une ré-appropriation de ce corps défaillant et susciter la curiosité, la créativité et l'envie.

R. ROUSSILLON utilise la notion «**d'objet**» pour décrire des objets d'une très grande simplicité sur lesquels on peut projeter de grandes significations. De cette manière j'ai utilisé entre autres des ballons, balles, cubes, bâtons, cerceaux, objets simples qui permettent une grande liberté afin de projeter, créer, jouer.

2. Le jeu

En psychomotricité «on joue»... Oui, mais pourquoi ?

Le jeu est un aspect essentiel de la pratique psychomotrice pour les enfants en situation de handicap moteur. C'est une approche spécifique du psychomotricien par laquelle il va favoriser le **plaisir d'un vécu corporel** unifié et différencié.

La notion de plaisir est essentielle. C'est important que l'enfant prenne conscience qu'il peut avoir du plaisir à évoluer, expérimenter, agir, avec son corps. Par l'intermédiaire du jeu l'enfant va pouvoir **accorder toutes ses envies avec ses possibilités d'action**, lui permettre de s'adapter et de trouver des solutions.

Un enfant a envie de bouger, a besoin de moments où il peut mettre toute son énergie disponible dans des jeux impliquant le corps en relation. Le handicap, la déficience motrice vient comme un rappel et un frein dans cette quête de l'autonomie, de l'échange, du plaisir de jouer. C'est pourquoi la déficience peut amener l'enfant à mettre de côté ses envies, «j'aimerais mais je ne peux pas faire ça». Le psychomotricien va favoriser à nouveau, par l'intermédiaire du jeu, l'**émergence d'un «vrai self»**, cette **part active** chez l'enfant pour faire de nouvelles découvertes et de nouvelles expériences, **vers le plaisir du «je»**.

Selon F. JOLY : «le jeu est un travail». L'enfant qui joue met au travail dans le même temps sa curiosité et ses apprentissages cognitifs, sa sensori-motricité, le plaisir de son corps en relation, sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle. Selon lui, il existe en psychomotricité une aire de jeu thérapeutique dans laquelle le **psychomotricien** s'inscrit en tant qu'**objet malléable**.

Le psychomotricien va «*se rendre suffisamment malléable pour que l'enfant puisse l'utiliser comme un double (ou un moi auxiliaire) au service d'un renforcement narcissique*»⁶⁷. L'enfant peut alors projeter sur le psychomotricien ses vécus, son monde interne en toute sécurité et il est important que le psychomotricien, les accueille et incarne les rôles que l'enfant veut lui donner, qu'il «**joue le jeu**». Le psychomotricien va «**jouer avec**».

⁶⁷ POTEL C.; *Être psychomotricien*, Éd Érès, 2012; p354

En partant du désir de l'enfant et gardant toujours en tête ses objectifs il va amener l'enfant dans un dispositif thérapeutique.

D. WINNICOTT différencie plusieurs formes de jeux : le «**game**» qui correspond aux jeux de règles (jeux sportifs, jeux de société), le «**play**» qui constitue le jeu en tant que libre expression de soi, dans lequel il existe une dimension créative et le «**playing**» qui indique que la création, la transformation est en train de se faire.

Suivant les enfants que l'on peut rencontrer, je crois qu'il est important de **passer d'un «type» de jeu à un autre** et toujours **garder un rapport avec cette réalité**, ce d'autant plus dans l'accompagnement d'enfants atteints d'hémiplégie cérébrale infantile.

Victor (5 ans, atteint d'hémiplégie cérébrale infantile) est dans l'identification adhésive à des personnages de jeux-vidéo et dans une certaine toute puissance. Le jeu que je lui propose en psychomotricité va donc être assimilable au «game» de D. WINNICOTT, un jeu très structuré avec des règles précises qu'il est important de respecter. Dans ce jeu, je lui répète dès que nécessaire que «je veux voir Victor» devant moi et non un personnage, et je lui propose des règles qui doivent être respectées.

Chez l'enfant atteint d'hémiplégie la prise de conscience de la réalité est difficile. Par l'intermédiaire du jeu, le psychomotricien va permettre l'émergence d'une réalité où l'on peut aussi évoluer et prendre du plaisir malgré le handicap. Tout n'est pas possible et je crois qu'il est nécessaire d'aller vers cette prise de conscience.

Je vais illustrer maintenant mes propos à travers l'étude de cas de Léo.

V. Étude de cas : Léo

A. Notre première rencontre

Léo est un garçon de 8 ans et 3 mois, de taille moyenne et plutôt menu. Il est souriant et plein de vie. Il est porteur d'une infirmité motrice cérébrale qui se caractérise par une hémiplégie droite, constatée à 13 mois.

Je l'ai rencontré durant cette année dans la salle de psychomotricité, avec la psychomotricienne et seul à plusieurs reprises. Nous étions tous deux en co-animation des séances.

À la première séance Léo est souriant, il fait part de son envie de jouer avec moi dès le départ et de me montrer tout ce qu'il fait d'habitude durant ce temps. Il m'implique dans ses jeux et je peux sentir que j'ai tout de suite une place à part entière dans la relation.

Un des axes de soins en psychomotricité étant de favoriser pour Léo la structuration de ses pensées et l'organisation de ses actions, un rituel de début de séance a été mis en place par la psychomotricienne. Au début de chaque séance Léo décide de ce qu'il va faire, il nomme avec la psychomotricienne chaque jeu, propose l'ordre dans lesquels il va les réaliser et il note cela sur l'ordinateur. Dès notre première rencontre il m'interpelle et me propose d'écrire mes idées sur l'ordinateur.

C'est un moment qu'il investit bien, en continuité du travail actuel en ergothérapie. D'une part cela lui permet de se souvenir du contenu de la séance de la semaine passée et surtout lorsqu'une difficulté se présente, de favoriser la possibilité d'aller au bout d'une activité en se raccrochant à ce qui a été noté en début de séance. De cette manière nous posons d'emblée un cadre contenant et sécurisant auquel on peut se raccrocher, ce qui était plus difficile lorsque cela était seulement verbalisé.

Dès les premières séances Léo veut me montrer ce qu'il sait faire, choisit des jeux, des situations où il se met en compétition avec moi.

Je ressens chez lui l'envie de me montrer tout ce qu'il sait faire et le besoin d'être valorisé. On peut faire l'hypothèse que cela est en lien avec le système de récompenses, de bons points très tôt mis en place à la maison par ses parents et la relation de rivalité qu'il entretient avec son frère de 3 ans son aîné. Il semblerait que pour exister Léo doit se mettre en compétition et faire mieux que l'autre.

D'autre part cela peut venir refléter la prise de conscience de l'écart qui se creuse entre lui et ses camarades d'école. Il peut exprimer les difficultés auxquelles il doit faire face pour jouer avec ses camarades.

La fin de cette première séance avec Léo est assez difficile, même s'il peut l'anticiper en regardant l'horloge ou en se rappelant de l'ordre des activités inscrites sur l'ordinateur. La psychomotricienne m'indique par la suite que les fins de séance sont d'une manière générale difficiles, Léo quitte difficilement la salle. On pourrait ici faire le lien avec les incidents entourant sa naissance et la relation qu'il entretient avec sa mère.

Léo présentait à la naissance une détresse respiratoire et un manque d'oxygène qui a nécessité son transfert dans un centre hospitalier plus adapté. Puis à l'âge de 13 mois, âge auquel est constaté l'hémiplégie de Léo, sa mère décrit un changement de comportement. Enfant modèle jusqu'à 12 mois, elle explique ensuite qu'il se met à pleurer à chaque fois qu'elle quitte la pièce dans laquelle il joue. Depuis cette période, la relation de Léo et de sa mère est décrite comme «fusionnelle» par son père et aujourd'hui les temps de séparation avec ses parents sont encore difficiles pour lui.

On peut faire l'hypothèse que, en plus de l'image de cette déficience renvoyant peut être à une certaine fragilité, le souvenir de la séparation précoce au moment de la naissance a pu entraîner et favoriser la mise en place d'une relation de ce type entre Léo et sa mère.

L'annonce du handicap constitue toujours un traumatisme, une «*atteinte narcissique qui signifie la perte de l'enfant imaginaire, rêvé pendant la grossesse*»⁶⁸. Cette annonce a pu venir bouleverser les liens relationnels avec l'enfant réel porteur d'une déficience. Ainsi, cette relation ne laisse peut-être pas la place pour que Léo puisse exprimer totalement ses désirs et ses besoins.

⁶⁸ CHAMPONNOIS C.; *Handicap moteur, aspects psychologiques*, Déficiences motrices et situations de handicap, APF, 2002

Selon D. WINNICOTT, il est nécessaire que la mère se «désadapte» progressivement de manière à ce que l'enfant puisse petit à petit développer et faire fonctionner ses propres ressources psychiques. Cette relation fusionnelle a pu entraîner un vécu douloureux et insécure lors des séparations se traduisant par des pleurs récurrents.

Ce sont des situations du même ordre que l'on retrouve lors des séances en psychomotricité dans lesquelles la séparation est difficile.

B. Le projet personnalisé d'accompagnement (P.P.A.)

Léo est entré au COEM en 2006 à l'âge de 18 mois. Le bilan à ce moment là démontre un défaut d'intégration du membre supérieur droit avec une sous utilisation, le poing est fermé. Il se présente spontanément avec les bras en chandelier lorsqu'il est en décubitus dorsal : les épaules sont en rotation externe.

Il présente également une triple flexion du membre supérieur droit au repos, la supination n'est pas possible. Sa main droite n'intervient quasiment pas dans les activités bi-manuelles, mais Léo met en place des stratégies compensatoires.

Aujourd'hui, Léo est scolarisé en classe de CE1. Il vient une après-midi par semaine au COEM pour suivre les rééducations : une séance de kinésithérapie, deux séances d'ergothérapie (dont une à l'école) et une séance de psychomotricité.

La synthèse du P.P.A. de Léo fait apparaître son caractère agréable et joyeux durant les séances, cependant il a besoin d'un cadre qui le recentre car son attention est vite détournée. Il aborde moins les activités dans la précipitation mais son attention est souvent parasitée par une agitation motrice.

Sur le plan moteur, il présente des troubles importants au niveau du membre supérieur droit, à l'étage distal. Le potentiel fonctionnel est limité, cependant on note un début d'amélioration de l'efficacité de cette main secondaire dans le rôle de presse ou de maintien. Ce qui montre une évolution et une meilleure intégration de cette main.

Léo fait des progrès dans le domaine de l'habileté gestuelle et la motricité fine, toutefois on observe une certaine gêne dans le traitement des informations visuo-spatiales. Son geste graphique devient plus fluide, pourtant, l'écriture lui est coûteuse en terme d'effort et de concentration. Il dispose ainsi d'un ordinateur et bénéficie d'une installation adaptée qui se compose d'une table à encoche et d'un siège moulé fixe.

Il est difficile pour Léo de faire appel à son imaginaire et de construire une histoire, un parcours clair et qui ait du sens. Il n'a pas toujours conscience des risques qu'il prend, il semble en recherche de ses capacités et limites.

Les objectifs généraux du P.P.A. :

- Poursuite de la scolarisation en milieu ordinaire
- Soutien du graphisme et de l'utilisation d'un ordinateur
- Surveillance musculaire et orthopédique
- Favoriser l'habileté gestuelle de son membre supérieur gauche et l'intégration de son membre supérieur droit
- Favoriser la prise de conscience de ses capacités et de ses limites

Les deux derniers points de ce projet feront l'objet de l'accompagnement en psychomotricité.

C. L'accompagnement en psychomotricité

1. Le bilan psychomoteur

Le bilan a été effectué en juin 2012 par la psychomotricienne qui le suit actuellement.

Sur le plan des coordinations dynamiques générales, Léo tient son équilibre les yeux ouverts et fermés sur ses deux pieds. Les yeux fermés il présente quelques syncinésies. Il peut maintenir sa position sur la pointe des pieds, avec une amplitude faible. Au test du Charlop-Atwell, le score obtenu par Léo correspond à un âge de 5 ans et 6 mois pour un âge réel de 7 ans et 4 mois.

Au niveau des coordinations oculo-manuelles il peut échanger un ballon avec les deux mains et le renvoyer dans la direction de son partenaire de jeu. Il lance avec sa main gauche à une main et rattrape le ballon avec tout son corps. Au niveau oculo-pédestre, il tire avec son pied gauche et vise bien.

Les repères temporeux de base sont acquis : il sait se repérer dans les jours de la semaine et les mois et se situe bien dans sa fratrie.

Sur le plan perceptivo-spatial, Léo réalise la figure de Rey B en 1min et 30sec. Il procède par juxtaposition de droite vers la gauche, il dessine des détails de part en part, il n'y a pas de vision d'ensemble. Il obtient un score de 22/31 qui correspond à un âge de 7 ans (centile 10). De mémoire il réalise la figure en 1min, également par juxtaposition, de droite vers la gauche. Il obtient un score de 19,5/31 qui correspond à un âge de 7 ans (centile 50).

Cela lui demande beaucoup de concentration. Au test de Naville il réussit du premier coup les trois propositions, cela correspond à un niveau de 8 ans.

Léo est un garçon tonique, qui investit les activités dynamiques mais peut faire preuve de relâchement lorsqu'un temps calme lui est proposé.

Au niveau du schéma corporel, il peut nommer ou montrer les différentes parties du corps, l'orientation droite-gauche sur lui et autrui est bien intégrée. Le test de J. PIAGET sur la position relative de 2 et 3 objets est réussie. Le dessin du bonhomme est centré sur la feuille, le bonhomme est en deux dimensions. Il obtient un score correspondant à son âge avec la cotation et l'étalonnage de F. GOODENOUGH.

Léo a fait de gros progrès depuis l'année précédente (en 2011) essentiellement au niveau spatial et au niveau de la connaissance et de la construction de son schéma corporel (l'année passée le dessin du bonhomme représentait un dessin de 4,5 ans pour 7 ans et 4 mois d'âge réel). De plus il a gagné en fluidité dans ses mouvements et dans la dissociation des membres supérieurs et inférieurs. L'utilisation de son bras droit est plus spontanée.

Les objectifs pour cette année sont de continuer à favoriser par des activités dynamiques, l'intégration de son membre hémiparalysé (il existe et je l'utilise) et de poursuivre le travail sur le plan des coordinations et de l'équilibre. De plus, on accompagnera Léo sur la prise de conscience du danger et la découverte de ses capacités et des limites.

Enfin la mise en place d'un cadre stable et structuré tentera de permettre à Léo d'organiser et de structurer ses actions et ses pensées.

Remarque : même si cela ne paraît pas ici et si ce n'est pas la demande du médecin, il est intéressant pour le psychomotricien d'être attentif à l'investissement de Léo dans le bilan et à quelle distance il se place dans la relation.

2. Le déroulement des séances

Dans un premier temps nous avons continué le petit rituel de début de séance, en écrivant à l'ordinateur ce que nous allons faire. D'autant plus que cela a permis de planifier, d'introduire les notions de début, de milieu et de fin et lui permettre d'avoir une vision d'ensemble (la figure de Rey montre une difficulté à ce niveau-là). Le cadre posé de cette manière permet à Léo d'organiser sa pensée et aussi d'anticiper la fin, difficile à gérer.

a. Des difficultés de représentation spatiale

La représentation spatiale est une chose difficile pour Léo, pour laquelle il peut exprimer que c'est «dur». De plus les notions de représentations et de symbolisation sont des points sur lesquels le projet en psychomotricité est construit. C'est pourquoi je lui propose une activité de construction de parcours.

Selon A. BADDELEY *«la génération et la manipulation d'images mentales sont [...] dépendantes du «registre visuo-spatial», lui même inclus dans la mémoire de travail»*⁶⁹. L'agitation motrice de Léo peut rendre difficile la prise d'information et la mémorisation de celle-ci afin de pouvoir s'en construire une image mentale.

⁶⁹ ZABALIA M.; *Rotation d'images mentales : étude comparative d'enfants IMC et d'enfants valides scolarisés*; Thèse pour l'obtention du Doctorat en Psychologie, Université de Rouen, 1996

En effet, lors de la première construction, sa description du parcours est confuse pour moi et je pense tout autant pour lui. J'ai adopté une posture plus rassurante et contenant, avec un contact corporel, en me rapprochant de lui. J'ai constaté un apaisement, cela a pu l'aider et lui permettre de contenir cette agitation motrice, et ainsi de poser ses idées plus clairement.

Par la suite nous avons donc travaillé progressivement étape par étape, en prenant le temps de passer par un modèle avec la photo. Léo peut alors structurer son parcours et se repérer. Toutefois cela lui demande du temps et une importante concentration. Une fois la construction faite, il me semble important de lui proposer une réalisation dynamique de ce parcours de manière à ce qu'il y retrouve du plaisir et puisse mettre du sens à ce que l'on fait.

Contenu d'une séance :

Je propose en début de séance à Léo de construire un parcours pour le réaliser ensuite en trottinette. Je l'invite à s'asseoir et à faire la liste du matériel qu'il souhaite utiliser. Par la suite nous allons tous deux chercher ce matériel pour qu'il puisse concrètement apprécier si la longueur de la liste est en adéquation avec la grandeur de la salle; après une remarque de la psychomotricienne s'étonnant de la quantité du matériel, il range une partie qui est en trop.

Avec le matériel devant lui, Léo dessine le parcours sur une autre feuille. Là il hésite un peu, il semble ne pas savoir par où commencer, je lui demande alors de prendre deux points de repères dans la salle qui symbolisent le départ et l'arrivée et de les dessiner de part et d'autre sur la feuille. Avec ces repères il peut dessiner le parcours en respectant le matériel qu'il a choisi, cela lui donne deux points auxquels il peut se raccrocher et s'organiser.

Ce sont des temps de préparation qui nécessitent du temps pour Léo mais je pense que cela facilite la représentation, la projection dans l'espace et l'organisation de ses idées.

Je propose à Léo que chacun de nous construise une partie du parcours de manière à ce que cela ne lui coûte pas trop sur le plan de la concentration et que l'on ait le temps de le réaliser ensuite. En reprenant son dessin au fur et à mesure il veut vérifier que tout est bien en place mais c'est difficile d'orienter la feuille, par rapport à soi et par rapport au parcours.

Je l'invite donc à s'asseoir et à verbaliser ce qu'il remarque avant de modifier si besoin. Une fois assis il peut orienter son dessin, se repérer sur la feuille et dans la salle.

On réalise ensuite le parcours à l'aide de trottinettes. Il y en a trois différentes et il choisit spontanément celle avec laquelle cela sera le plus difficile pour lui : il prend celle avec seulement deux roues, les autres en ont trois et quatre.

Cela reflète encore cette recherche de ses propres capacités et de ses limites. Je lui propose alors que l'on fasse tous le parcours en essayant les trois trottinettes, afin qu'il puisse apprécier laquelle sera la plus adaptée pour lui.

Dans la réalisation du parcours je maintiens toujours les notions de début et de fin en lui expliquant que si l'un de nous sort du parcours, il reviendra au début.

À la fin de cette séance il me dit que la meilleure trottinette est celle choisie dès le départ. Je l'ai accompagné dans ce choix, il est resté sur sa première idée, mais de cette façon cela pourra peut-être favoriser le début d'un cheminement. La prochaine fois je pourrai orienter ma question en lui demandant non pas laquelle est la mieux mais avec laquelle il se sent le plus à l'aise pour faire l'activité.

b. Vers une prise de conscience de la réalité

Durant les séances, Léo est dans l'agir. Il a pu verbaliser en psychomotricité que l'inactivité est difficile pour lui. Cela vient comme un frein à son activité de représentation, il est confus dans ses explications et c'est compliqué de choisir une activité parmi d'autres.

Il choisit régulièrement des jeux dans lesquels il peut être en compétition avec moi et la psychomotricienne : le basketball, le tennis de table ou encore le baseball. Ce sont des jeux qu'il connaît, qu'il a l'habitude de pratiquer, il veut me montrer ce dont il est capable. En fonction des propositions je lui propose d'autres façons de jouer pour que l'on puisse être ensemble sans la notion de gagner ou de perdre. Je pense qu'il a essentiellement besoin d'être valorisé et cela me permet de verbaliser qu'il peut prendre du plaisir à jouer avec l'autre.

Durant ces propositions qu'il maîtrise bien et qu'il apprécie, il est compliqué de passer à autre chose. En lui rappelant ce que l'on a inscrit sur l'ordinateur au début de la séance, il est plus aisé de changer de proposition. La fin de la séance se termine toujours par un jeu plus calme.

Ces différents jeux d'adresse sont intéressants car ils vont obliger Léo à utiliser ses deux mains et ils me permettent d'observer comment il met en jeu son membre hémiplégique.

Léo a mis en place de bonnes stratégies compensatoires mais il n'utilise pas spontanément ses deux mains. La psychomotricienne et moi lui rappelons fréquemment qu'il a deux mains dont il peut se servir, l'objectif étant l'intégration de son hémicorps droit. Il faut qu'il puisse s'en servir de support dans les activités bi-manuelles et que sa gestuelle devienne la plus fluide possible.

C'est difficile pour Léo de se servir spontanément de son membre hémiplégique, la motricité automatique ne se met pas en place sur ce point de vue là et il doit à chaque fois contrôler, regarder, ajuster ses mouvements afin d'intégrer sa main dans ses actions. On peut faire l'hypothèse d'un déficit au niveau proprioceptif : il commence le mouvement et s'appuie sur son regard pour finir le geste et atteindre sa cible.

Toutefois en encourageant son action, en lui donnant des indications et façons de faire qu'il pourra s'approprier pour lui, il peut utiliser ses deux mains de façon adaptée. C'est un axe de travail qu'il est nécessaire de reprendre pour que Léo puisse s'en saisir.

D'autant plus que toutes les stimulations, expériences sensori-motrices impliquant son hémicorps défaillant pourront permettre un renforcement du Moi corporel, vers une affirmation de soi.

Derrière cette image d'un garçon très souriant, qui «va super bien», je me rends compte qu'il peut difficilement inventer ou expliquer une règle déjà posée sans se lancer dans la démonstration en s'engageant dans l'action. Il est dans une continuelle activité motrice, qui semble limiter son imagination.

Selon V. LEROY-MALHERBE, l'annonce d'une infirmité motrice cérébrale d'un enfant peut entraîner une difficulté dans l'établissement d'une relation mère-enfant qui apporte «*sécurité, valorisation et autonomie pour faire de lui un sujet à part entière*»⁷⁰.

⁷⁰ CHAMPONNOIS C.; *Handicap moteur, aspects psychologiques*, Déficiences motrices et situations de handicap, APF, 2002

La relation avec sa mère n'a peut-être pas permis de gagner en autonomie et ainsi de se sentir valorisé, ce qu'il peut rechercher dans la salle de psychomotricité. Pour V. LEROY-MALHERBE, une instabilité peut «signifier la souffrance de l'enfant qui ne se sent pas reconnu dans sa personne»⁷¹.

L'agitation motrice est aussi une manière de montrer son corps, de se montrer aux yeux de l'autre, d'exister. On peut se demander aussi si cette agitation n'est pas une manière de se redonner une contenance qui peut être fragile et ainsi lui permettre de se situer dans la relation en tant que Sujet.

Il semblerait donc que l'hémiplégie constitue un handicap qui n'est pas d'emblée visible. Il peut y avoir une comparaison régulière à l'autre qui lui n'a pas ce handicap et chaque échec vient comme un traumatisme qui rappelle cette réalité qui émerge petit à petit.

J'ai pu rencontrer la psychologue qui suit Léo au sein du COEM. Il semble prendre petit à petit conscience de l'irréversibilité de son handicap et cette réalité est difficilement acceptable pour le moment.

En effet, Léo semble en recherche de ses limites et de ses capacités. Lors de propositions, il essaie toujours d'aller un peu plus loin : par exemple lors d'un jeu de sarbacane il souhaite reculer toujours plus loin, en même temps que moi, pour tirer. Parfois il ne semble pas faire la différence entre ce que je peux faire moi, adulte et psychomotricien, et lui enfant.

On pourrait faire l'hypothèse que Léo avec la prise de conscience de son handicap est maintenant dans une quête identitaire en recherchant ses capacités et ses limites. Il y a peut-être chez Léo dans le besoin de reconnaissance, quelque chose qui se joue, qui émerge, dans la construction de soi et de la différenciation avec les autres.

Ainsi, derrière l'apparence qu'il peut donner, et que l'on peut retrouver chez ses parents, du «tout va bien», il est important de pouvoir reconnaître que Léo puisse avoir des moments de découragements, des moments plus difficiles. Vers l'acceptation de cette réalité corporelle, je pense qu'il est important de lui permettre d'aller moins bien. Cela montre qu'il y a une évolution et une certaine prise de conscience.

⁷¹ LEROY-MALHERBE V.; *Qu'est-ce que l'IMC ?*, Déficiences motrices et situation de handicap, APF, 2002

L'accompagnement en psychomotricité pourra permettre d'accueillir les difficultés de Léo en étant attentif, en les acceptant et en mettant des mots dessus, afin qu'il puisse y mettre du sens.

Par des expériences sensori-motrices on favorisera la révélation de ce handicap, la prise de conscience de cet hémicorps comme faisant partie intégrante d'un Moi corporel unifié et sécure qui lui permette d'exister, d'exprimer ses idées et ses envies sans devoir passer par l'agitation. En laissant toute la place nécessaire à Léo et en favorisant l'expression de ses ressentis on permettra l'émergence d'un soi différencié, porteur d'une identité.

Il me semble qu'en me rapprochant corporellement, en l'invitant à s'asseoir et à verbaliser, en laissant la place à ses envies et ses idées, j'ai pu d'une certaine manière lui donner la contenance nécessaire à l'émergence d'une identité qui lui est propre.

Aujourd'hui on constate une évolution positive à ce niveau : il peut rester sur une même proposition, que l'on peut décliner toute une séance, il peut s'asseoir spontanément pour verbaliser et exprimer totalement toutes ses idées.

À la fin de la séance nous proposons maintenant un temps de verbalisation de ses ressentis : ce qu'il a aimé dans la séance, ce qui était facile ou difficile. Il peut exprimer que c'est difficile de dire des mots et cela se ressent dans son agitation à ce moment-là. On pourra peut-être matérialiser un endroit plus restreint et plus contenant, dans un coin de la salle avec des matelas pour éviter cette fuite et favoriser une recentration sur soi et ses ressentis.

3. Perspectives

On pourra peut-être lui re-proposer des temps de détente, relaxation durant lesquels Léo pourra être à l'écoute de ses sensations et favoriser la verbalisation dans les moments plus difficiles, de découragements. Dans un premier temps on pourra favoriser une relaxation dynamique sur un gros ballon ou une relaxation de type coréenne, l'immobilité et la manipulation d'images mentales étant difficiles pour le moment.

Petit à petit, les moments de détente pourront être allongés afin de permettre à Léo de pouvoir se poser plus longtemps et laisser place à la représentation, la symbolisation et l'imaginaire.

Les propositions viseront à ce que Léo sous le regard du psychomotricien, puisse éprouver à travers son corps un référentiel stable pour échanger avec l'environnement et à travers lequel il peut prendre du plaisir.

L'accompagnement en psychomotricité pourra permettre à Léo de continuer à faire des expériences sensori-motrices vers la construction d'un soi différencié et de l'accompagner dans la prise de conscience de ses capacités, de ses limites et de la réalité de son handicap.

«L'intégration psychique de la déficience participe à la construction de l'auto-nomie et de l'identité propre»⁷²

⁷² BARDEAU-GARNERET J.M.; *De l'accès aux connaissances à la construction de l'identité par les enfants atteints de déficiences motrices*, La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, N°50, 2ème trimestre 2010

CONCLUSION

Les enfants que j'ai rencontré au COEM sont accueillis en raison de leur handicap moteur. Seulement, j'ai pris conscience à leurs côtés que la déficience motrice n'est que la partie visible de leur problématique. Cette atteinte précoce laisse à jamais une trace sur l'enfant et son entourage familial.

C'est toute la dynamique psychomotrice du Sujet qui se trouve en difficulté. Avoir un corps à soi c'est une construction de tous les jours et dans cette quête identitaire l'enfant devra faire face à des difficultés motrices, sensorielles et relationnelles.

Le rapport à la réalité est difficile pour les enfants en situation d'hémiplégie cérébrale infantile. Alors exister semble passer par la compétition avec l'autre, ce qui peut rendre l'échec d'autant plus douloureux.

La psychomotricité par son approche tient une place essentielle auprès de ces enfants. En l'appréhendant sous l'angle de ses capacités, la psychomotricité permettra à l'enfant d'éprouver son corps comme étant aussi source de plaisir. À partir d'expériences sensori-motrices, on visera à ce que l'enfant puisse se ré-approprier son corps, vers une prise de conscience et une acceptation de la réalité. Sous le regard du psychomotricien l'enfant pourra se réconcilier avec le regard des autres, tendra vers une affirmation de soi et une autonomie grandissante.

Je pense que le psychomotricien tient toute sa place dans un accompagnement précoce, mais aussi pour préparer l'après. Ce sont des questions que je n'ai pu aborder par manque de temps et surtout d'expérience mais que je souhaite approfondir par la suite.

De plus je n'ai pas fait de différence entre une hémiplégie cérébrale infantile droite ou gauche mais on pourrait se questionner sur une éventuelle incidence de la localisation de la lésion.

À travers la rédaction de ce mémoire, j'ai pu articuler des éléments théoriques et cliniques afin de me situer dans une compréhension la plus proche possible de la problématique de l'enfant en situation de handicap moteur. Toutefois je garde à l'esprit que ces observations ne reflètent que des moments précis et que je devrai les remettre en question en fonction de chaque nouvel enfant, nouveau Sujet, que je rencontrerai.

L'enfant est avant tout un Sujet, avec sa propre histoire, ses propres capacités, ses envies et ses désirs, et qu'un diagnostic soit posé ou pas devant ses difficultés, je crois qu'une des qualités de psychomotricien est de pouvoir se laisser surprendre afin de le rencontrer là où il est. La psychomotricité est une pratique riche disposant d'outils variés qui permettent de s'adapter de façon individuelle à chaque enfant.

Toutes les discussions, échanges, conseils des psychomotriciennes qui m'ont accueilli en stage m'ont permis de beaucoup apprendre, de me questionner, me faire une place. Cela m'a permis d'éveiller une curiosité et une certaine part de créativité qui me permettront de continuer à construire mon identité de futur psychomotricien.

BIBLIOGRAPHIE

AUZIAS M; *Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon*, Enfance, tome 46 n°1, 1993; pp93-99

BARDEAU-GARNERET J.M.; *De l'accès aux connaissances à la construction de l'identité par les enfants atteints de déficiences motrices*, La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, N°50, 2ème trimestre 2010

BIDEAUD J., HOUDÉ O., PEDINIELLI J.L.; *L'homme en développement*, Éd Quadrique, 1ère édition, 2004

BINGLER A.; *L'évolution motrice de l'enfant*, Déficiences motrices et situations de handicap, APF, 2002

BOBATH B. Et BOBATH K.; *Développement de la motricité des enfants IMC*, Éd. Masson, 1985; p19

BONHOMME C. et al.; *Actualités et perspectives dans la prise en charge de l'hémiplégie cérébrale infantile en médecine physique et de réadaptation*, Motricité cérébrale 31, 2010; pp164-171

BULLINGER A. cité par GOLSE B. et al.; *Perturbations des apprentissages précoces : comprendre, étayer, accompagner l'enfant défaillant*, Enfances & Psy, N°28, 2005/3; pp12-32

CHABRIER S. et al; *Hémiplégie cérébrale infantile : épidémiologie, aspects étiologiques et développements thérapeutes récents*, Revue Neurologique 166, 2010; pp565-573

CHAMPONNOIS C.; *Handicap moteur, aspects psychologiques*, Déficiences motrices et situations de handicap, APF, 2002

CHEVANCE J.P.; *Le handicap à vivre : le point de vue de la personne handicapée*, Déficiences motrices et situation de handicap, APF, 2002

COLOMBEL H.; *L'interférence des langages dans l'approche psychomotrice et orthophonique*, Rééducation orthophonique, N°236, 2009; pp46

COLOMBIÉ B.; *Prise en charge psychomotrice de l'enfant infirme moteur d'origine cérébrale de 0 à 3 ans*, Évolutions Psychomotrices, vol 11, N°45, 1999

DAN B. et al; *Un nouveau cadre conceptuel pour l'infirmité motrice cérébrale*, Revue Médicale de Bruxelles, volume 27 (numéro spécial), 2006

DE AJURIAGUERRA J.; *Intégration de la motilité*, Enfance, tome 9 n°2, 1956; pp15-18

DE BARBOT F.; *Les contraintes en rééducation : réflexions d'une psychologue*, Motricité cérébrale 33, 2012; pp68-72

- DEBERNARD J.M.**; «*Signe particulier : handicapé*» : comment le handicap est-il vécu au sein de la cellule familiale ?, Médecine Thérapeutique / Pédiatrie, vol. 10, N°4, 2007
- GOLSE B.** (sous la direction de); *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : compléments sur l'émergence du langage*, Éd. Masson, 4ème édition, 2008; p77
- GRAS-VINCENDON A., BURSZTEJN C.**; *Le langage : développement normal et aspects pathologique*, Cours de Médecine de Strasbourg, 2007
- HAAG G.**; *Constitution du Moi corporel et des toutes premières étapes du développement du Moi qui sont d'ordre corporel*; La spécificité de la prise en charge médicale des personnes polyhandicapées en institution, CESAP Formation, 1997; pp29-41
- HAAG G.**; *Prévenir les surhandicaps psychiques des handicaps*, entre le déficit et le moi corporel, revue de l'ANECAMPS, 1995
- JOLY F., LABES G.**; *Julian De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce* (vol 3), Éd du Papyrus, 2010; p66
- KOUPERNICK C.**; *Motricité et développement psychologique*, Enfance, tome 9 n°2, 1956; pp19-22
- LE MÉTAYER M.**; *Les premiers signes cliniques de l'infirmité motrice cérébrale et les anomalies motrices transitoires*, Motricité Cérébrale 29, 2008; pp 9-14
- LE MÉTAYER M.**; *Rééducation Cérébro-motrice du jeune enfant, éducation thérapeutique*, Éd Masson, 1990; p11
- LEROY-MALHERBE V.**; *Qu'est-ce que l'IMC ?*, Déficiences motrices et situation de handicap, APF, 2002
- MARMION J.F.**; *Le bébé a du génie*, 1990/2010 le basculement des idées - Spécial 20 ans, Sciences Humaines, mensuel N°222, 2011
- PES J.P.**, *La conscience corporelle chez l'enfant ou le temps vécu*, Sens-public.org, 2008
- PIAGET J.**; *L'intelligence sensori-motrice*, Manuscrits des enregistrements de J. PIAGET fait à la radio Suisse Romande en 1951, Fondation Jean Piaget
- POTEL C.**; *Être psychomotricien*, Éd Érès, 2012
- POTEL C.**; *Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi*; Enfances et Psy, 2008/2, N°39; p106-118
- ROBERT-OUVRAY S.**; *L'enfant tonique et sa mère*, Éd. Desclée de Brouwer, 2007
- ROBERT-OUVRAY S.**; *Le corps était la psyché*, s.robertouvray.free.fr
- ROBERT-OUVRAY S.**; *L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant*, s.robertouvray.free.fr

SAÏS T. et al; *Le développement précoce de l'enfant : évolutions et révolutions*, Devenir, 2010/2 vol 22; pp175-185

TRUSCELLI D., LE MÉTAYER M., LEROY-MALHERBE V.; *Infirmité motrice cérébrale*, Éd. EMC-AKOS (Traité de Médecine), 2006; pp1-17

VON LÜPKE H.; *Respecter le rythme du développement : bien-être corporel et psychique*, Petite enfance et parentalité, Éd. Érès, 2005/1; pp75-80

WINNICOTT D.; *Jeu et réalité*, Éd Gallimard, 1975

WINNICOTT D.; *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, Éd Payot, édition française, 2006; Partie I