



HAL
open science

Informer le corps, relier pour faire sens... Spatialité et temporalité chez une enfant atteinte de tétraparésie spastique

Cécile Goupil

► **To cite this version:**

Cécile Goupil. Informer le corps, relier pour faire sens... Spatialité et temporalité chez une enfant atteinte de tétraparésie spastique. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187924

HAL Id: dumas-01187924

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187924>

Submitted on 28 Aug 2015

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.

Informier le corps, relier pour faire sens...

Spatialité et temporalité chez une enfant atteinte de tétraparésie spastique

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien

Cécile GOUPIL - Session Juin 2015

Référents de mémoire :

Benoît LESAGE

Delphine LOUP

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier mes référents mémoire de m'avoir accompagnée dans la rédaction de celui-ci. Merci à Delphine Loup pour la richesse des échanges que nous avons pu avoir et qui m'ont beaucoup appris. Merci à Benoît Lesage pour sa disponibilité et ses nombreux conseils.

Merci à toute l'équipe de l'IEM, à Agnès et aux enfants de l'institut grâce à qui j'ai beaucoup appris tout au long de l'année.

Un grand merci à Ingrid Zammouri de son soutien sans faille durant ces deux dernières années de formation et de tout ce qu'elle m'a enseigné.

Merci à mes amies rencontrées au cours de la formation en psychomotricité. Merci pour tous les bons moments passés à leurs côtés et pour tous les fous rires qui m'ont aidée à traverser les moments difficiles. Un grand merci à Noémie, ma marraine psychomot', de son aide tout au long de ces trois années et de m'avoir relue et conseillée dans la rédaction de ce mémoire.

Je tiens également à remercier ma famille de leur soutien et tout particulièrement Youri, ma sœur et Chris de leur aide précieuse.

Enfin, un grand merci à ma mère pour ses nombreuses relectures dans le cadre de ce mémoire et aussi de toute l'aide qu'elle m'a apportée durant toute ma scolarité et sans qui je n'en serais pas arrivée là.

Sommaire

Avant-propos	7
Introduction	8
Première partie. Rencontre avec Agnès et découverte de l'institution ...	10
1.1. Présentation de l'institution.....	10
1.1.1. Présentation générale du centre.....	10
1.1.2. La psychomotricité au sein de l'institution.....	11
1.1.3. Le groupe spécialisé	11
1.2. Premières rencontres avec Agnès et premières impressions.....	12
1.2.1. Les séances individuelles.....	12
1.2.2. Le groupe <i>Corps et Musique</i>	14
1.3. Agnès son rapport au temps et à l'espace	16
1.3.1. Situation d'appel	16
1.3.2. Agnès et son rapport au temps	17
1.3.3. Agnès et son rapport à l'espace.....	20
1.3.3.1. L'espace interne ou espace du corps propre	20
1.3.3.2. Espace extra-corporel : environnement physique et humain	21
1.4. Histoire d'Agnès	23
1.4.1. Anamnèse.....	23
1.4.2. Éléments récents	25
1.5. Compréhension de ses troubles pour comprendre ses difficultés	26
1.5.1. L'infirmité motrice cérébrale : bref rappel historique	26
1.5.2. Définition	27
1.5.2.1. La tétraplégie spastique.....	28
1.5.2.2. Troubles associés	30

1.5.3. L'influence de l'environnement.....	31
1.6. Projet individualisé	32
1.6.1. Projet global	32
1.6.2. Projet en psychomotricité et remarques personnelles relatives au projet.....	33

Deuxième partie. Du schéma corporel à l'espace-temps: en-je et en-jeux de l'accompagnement en psychomotricité 36

2.1. Définitions, développement normal et liens cliniques.....	36
2.1.1. Le temps.....	36
2.1.1.1. Définition.....	36
2.1.1.2. La structuration temporelle chez l'enfant et impact supposé de la pathologie d'Agnès sur celle-ci	37
2.1.1.3. Développement normal, Agnès et le temps magique.....	38
2.1.2. L'espace.....	39
2.1.2. Définition	39
2.1.2.2. Parallèle avec le développement normal de l'enfant	40
2.1.2.3. L'enfant IMC et l'espace	41
2.1.3. Le schéma corporel et la notion de corps propre	41
2.1.3.1. Définitions	41
2.1.3.2. Troubles du schéma corporel chez les enfants IMC	43
2.2. Les percussions corporelles : instruire les limites du corps pour structurer l'espace.....	44
2.2.1. Difficultés rencontrées et positionnement thérapeutique	45
2.2.2. Adaptation à l'enfant : le caractère ludique	46
2.3. La dimension de l'invisible	48
2.4. Agnès : de l'illusion d'une peau commune à la différenciation ?	49
2.4.1. Dimension contenante et sensation-image d'une peau commune	49
2.4.2. Débats actuels sur la question de la différenciation.....	51

2.5. De l'espace paradoxal à l'espace transitionnel.....	52
2.6. Temporalité et différenciation.....	54
2.7. Relier les instants, inscrire les souvenirs dans une continuité	54

Troisième partie. Donner du sens : la motricité, organisatrice de la perception ?	57
---	----

3.1. Développement de l'enfant IMC	57
3.2. La perception	59
3.3. La motricité comme élément de compréhension.....	60
3.4. Du mouvement au geste.....	63
3.5. La notion de plaisir en séance de psychomotricité.....	63
3.6. De l'acte moteur au plaisir du geste : applications thérapeutiques.....	64

Quatrième partie. Cadre thérapeutique et place du stagiaire.....	66
--	----

4.1. Importance du cadre thérapeutique dans le contexte de la pathologie d'Agnès	66
4.2. Place du stagiaire : réflexion sur la singularité du statut de stagiaire et de son impact sur la prise en soins	71
4.2.1. Trouver ma place en tant que stagiaire	71
4.2.2. Particularité du statut de stagiaire et impact sur la prise en soins ..	72

Conclusion	74
------------------	----

Bibliographie	76
---------------------	----

Annexes	80
---------------	----

Liste des sigles et abréviations utilisés.....	88
--	----

Glossaire	89
-----------------	----

Avant-propos

L'espace et le temps sont des notions fondamentales en psychomotricité.

Je pense que mon rapport au temps a en partie induit ma réorientation en psychomotricité. En effet, le métier de psychomotricienne me semblait mieux respecter le rythme du patient mais aussi mon propre rythme biologique. J'ai exercé un peu moins de deux ans en tant qu'infirmière et j'avais beaucoup de mal à synchroniser mon propre rythme sur celui imposé par la planification des soins. J'étais très frustrée de passer telle un coup de vent dans la chambre des patients qui étaient souvent en demande de temps et d'attention.

Ce n'est donc pas un hasard si j'ai choisi d'aborder ce sujet dans le cadre de mon mémoire. Je n'en ai pas eu conscience d'emblée, mais après avoir réfléchi sur moi, il m'est apparu que le choix de ce thème venait faire écho à ma situation personnelle et à la raison même pour laquelle j'ai choisi de faire ce métier ; être plus en accord avec moi-même et être plus dans le respect du rythme du patient.

Je pense aussi que la problématique des enfants que j'ai suivis en stage cette année m'a touchée en ce qui concerne le rapport à l'espace. En effet, j'ai également choisi ce métier car le corps me semble être un merveilleux outil permettant l'expression de soi, de sa propre créativité et également le moyen d'explorer l'espace environnant, d'aller à la rencontre de l'autre... Il m'a semblé que ces enfants et une petite fille en particulier, rencontraient beaucoup de difficultés à ces différents niveaux. J'espère, par l'intermédiaire de ce travail, avoir pu amener quelques éléments de compréhension et quelques pistes de travail en psychomotricité auprès d'enfants comme Agnès. Je ne prétends pas avoir été exhaustive, notamment en ce qui concerne les apports théoriques car c'est un sujet très vaste qui mériterait beaucoup plus de temps pour être traité de manière complète ; j'espère seulement avoir pu ouvrir des espaces de réflexion et apporter un éclairage en fonction des lectures que j'ai pu faire.

Introduction

« Immobilisés dans le réel de leur corps, souvent marqués par le nom de leur syndrome doublant leur nom propre, souvent sidérants par la désorientation qu'ils suscitent dans l'autre, ces enfants enseignent le mouvement. »¹. Ces propos de Mireille Lauze sont venus faire écho à mon vécu durant mes séances auprès d'Agnès.

En effet, cette petite fille m'a, dans un premier temps, énormément questionnée et désarçonnée.

Ses difficultés à se repérer dans l'espace et le temps m'ont d'emblée frappée, je me suis alors interrogée sur les conséquences de sa pathologie sur le vécu et la perception temporo-spatiale.

J'étudierai cette question en partant de plusieurs hypothèses :

- Le handicap moteur de l'enfant présentant une tétraparésie*² limite l'expérimentation propre et ne lui permet pas de ce fait d'intégrer un large panel d'expériences. Ceci va entraîner des répercussions sur la connaissance du corps propre et sur la perception que l'enfant en a.
- Une trop grande passivité liée à son handicap, mais également aux contraintes de la vie en société, ne lui permet pas d'établir un lien, une continuité, face aux événements qui rythment sa journée.
- L'atteinte cérébrale de l'enfant souffrant d'une tétraparésie spastique* influence l'investissement de l'espace.
- La psychomotricité*, en tant que thérapie à médiation corporelle, a un rôle fondamental à jouer pour ces enfants dans la construction, la perception et l'orientation temporo-spatiale.

¹ M. LAUZE (2002), p.60.

² Le sigle * renvoi systématiquement au glossaire en fin d'ouvrage (p.88-92).

Au cours de ce mémoire, j'ai fait le choix de faire référence à des auteurs de différents courants ou disciplines (psychomotricité, psychanalyse, psychologie, neurologie, philosophie, phénoménologie*...). Afin d'avoir une compréhension la plus juste et la plus globale possible, cette confrontation des différents points de vue m'était indispensable.

Une première partie, clinique, sera également étayée d'apports théoriques sur la pathologie. Les parties suivantes mêleront éléments théorico-cliniques et discussion.

J'ai en effet tenté de comprendre, dans un premier temps, les troubles en lien avec la pathologie d'Agnès et les conséquences de ces derniers sur la construction temporo-spatiale.

Dans un second temps, je me suis aperçue que le travail sur l'espace et le temps devait d'abord passer par un travail sur le corps propre.

J'ai ensuite développé comment, par le biais du corps-acteur, l'enfant atteint de tétraparésie spastique pouvait parvenir à organiser sa perception et à faire du lien entre les événements vécus.

Pour finir, j'ai choisi d'aborder la notion de cadre thérapeutique en psychomotricité, pour vérifier la pertinence de ce dernier en tant qu'agent intégrateur de spatio-temporalité structurante pour l'enfant. Je me suis également questionnée sur la particularité du statut de stagiaire car il s'inscrit dans un espace-temps singulier, ce qui n'est pas sans conséquences sur la prise en soins.

Première partie. Rencontre avec Agnès et découverte de l'institution

1.1. Présentation de l'institution

1.1.1. Présentation générale du centre

L'Institut d'Éducation Motrice (IEM), dans lequel j'effectue mon stage, accueille 92 enfants, de 3 à 16 ans, en situation de handicap moteur (Agrément Annexe 24 bis). Les axes de travail qui relèvent de l'annexe 24 bis sont les apprentissages, l'adaptation et l'autonomie sociale. C'est une association reconnue d'utilité publique par décret du 30 juin 1855. L'établissement propose un accompagnement global de l'enfant, dans le cadre d'un projet personnalisé comportant 4 axes : médical et paramédical, éducatif, pédagogique et social.

Ainsi, la plupart des enfants accueillis suivent une scolarité adaptée au sein de l'IEM. L'école spécialisée est un établissement sous contrat avec l'Éducation Nationale. Elle assure la continuité des cursus scolaires définis par les programmes officiels de l'Éducation Nationale.

Les soins et la rééducation sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de psychomotriciens, d'orthophonistes, d'une infirmière, d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques, de psychologues et d'une assistante sociale.

Un internat de semaine, ou séquentiel, permet l'accueil de 28 enfants.

1.1.2. La psychomotricité au sein de l'institution

Le service de psychomotricité se situe au premier étage du bâtiment. Les prises en charge en psychomotricité sont soit individuelles, soit en groupe. Six psychomotriciens, dont un chef de service, assurent ces prises en charge et animent les séances seuls, en binôme ou avec d'autres intervenants paramédicaux ou éducatifs.

Les psychomotriciens du service viennent d'écoles différentes et ont pour la plupart suivi des formations supplémentaires venant nourrir leur pratique. Cette diversité amène une grande richesse et une complémentarité des points de vue que je trouve particulièrement intéressante.

Ainsi, différents types de groupes ont lieu : groupes à valeur sportive (tel que le groupe Sarbacane), groupes en lien avec les apprentissages scolaires ou à médiation expressive (comme les marionnettes ou le groupe *Corps et Musique*).

Les psychomotriciens disposent de trois salles dédiées uniquement à la psychomotricité et ont à leur disposition une importante quantité de matériel (tapis, ballons, cerceaux, foulards, instruments Baschet³, matériel pour la relaxation, jeux divers, modules en mousse, quilles...).

1.1.3. Le groupe spécialisé

Le groupe spécialisé est un groupe de cinq enfants entre 5 et 9 ans.

Une éducatrice spécialisée et une aide médico psychologique (AMP) accueillent les enfants de 9h à 16h30 du lundi au vendredi. La salle dédiée au groupe spécialisé est située au rez-de-chaussée du centre. La pièce est divisée en deux espaces, l'un comporte une grande table et l'autre, plutôt dédié à la détente, des coussins, des poufs...

³ Cf. *infra*. Annexe I, p. 80-83.

Les enfants faisant partie de ce groupe sont des enfants pour qui une scolarité, même adaptée, n'est pas possible, du fait de l'importance des troubles moteurs et/ou psychologiques et cognitifs*.

1.2. Premières rencontres avec Agnès et premières impressions

1.2.1. Les séances individuelles

Mon stage a lieu tous les jeudis de 9h à 16h30. Je vois Agnès en séance individuelle (de 9h à 9h45), avec sa psychomotricienne, qui est également ma maître de stage. Agnès est une petite fille de 7 ans, qui fait partie du groupe spécialisé.

Lors de notre première rencontre, j'ai été impressionnée par tous ses appareillages. En effet, Agnès est dans un fauteuil qui comprend une sorte de coque (siège moulé) permettant d'éviter les postures inadaptées. Agnès ne dispose d'aucun moyen pour se déplacer par elle-même, son fauteuil nécessitant la présence d'un tiers pour être mobilisé. Elle a aussi des attelles au niveau des membres inférieurs permettant de les maintenir en bonne position. Ces attelles partent de la base des orteils et montent jusqu'aux genoux.

J'ai été surprise de me rendre compte qu'elle comprenait assez bien nos propos et répondait de manière plutôt adaptée. En effet, Agnès présente une légère hypotonie bucco-faciale faisant qu'elle bave un peu. A cause de ses troubles neuro-visuels, sa posture et sa manière de regarder sont assez particuliers (son buste penché vers l'avant et sur le côté), elle regarde souvent de biais. Lors de notre première rencontre, à la voir dans une telle posture, j'en ai déduit à tort qu'Agnès présentait un retard mental sévère.

Mon rôle lors de la première séance fut celui d'observatrice. J'ai alors pu constater lors des exercices proposés par la psychomotricienne, qu'Agnès s'éparpillait vite et qu'il était sans cesse nécessaire de la ramener à ce qu'elle était en train de faire.

Agnès ne peut se déplacer sans le soutien indispensable d'un tiers car ses jambes « lâchent » souvent et le tonus de son tronc et de ses membres supérieurs n'est pas suffisant. En outre, ses pieds ne constituent pas un appui fiable permettant un réel repoussé du sol, lui permettant par exemple de se déplacer en motilo*.

Sur le tapis, il est également nécessaire qu'une personne se place derrière elle afin de la protéger lors de ses pertes d'équilibre. En effet, lors d'une émotion forte ou quand elle réalise une action, Agnès perd fréquemment l'équilibre et tombe sur le côté ou s'arque en arrière. La psychomotricienne l'invite alors à faire « la petite boule », c'est-à-dire qu'elle encourage Agnès à ramener sa tête et son buste vers le sol de manière à faire basculer l'ensemble du corps pour revenir au point d'équilibre. L'objectif de ce mouvement étant d'éviter qu'Agnès reparte dans son schéma réflexe d'hyper-extension dans lequel elle n'a aucune protection et aucune possibilité de se recentrer et de retrouver son équilibre. Quand cet équilibre se rompt, Agnès a souvent besoin qu'on initie le mouvement « de la petite boule », pour l'aider à se remettre dans l'axe.

Lors des manipulations fines, Agnès se sert principalement de son membre gauche qui est le plus mobile et le moins atteint d'un point de vue neuromoteur ; son membre droit, lui servant d'appui. Cette mobilité est cependant relative car cette petite fille présente d'importantes difficultés pratiques* liées à son handicap. Agnès souffre en effet, d'une tétraparésie spastique qui fait partie du groupe très hétérogène de ce que l'on nomme les Infirmités Motrices Cérébrales (IMC) (Cf. infra p. 26-31).

Lors de la deuxième séance individuelle, Agnès s'est adressée à moi et m'a dit « Tu ne sais pas ce qu'on va faire aujourd'hui ». J'étais alors contente qu'Agnès me parle et s'intéresse à moi. Pour la psychomotricienne, il semblait plutôt que par cette interpellation Agnès me signifiait mon statut d'étrangère, j'étais un peu comme une sorte d'intrus venant perturber leur relation duelle.

Ce jour là j'étais enrhumée et je me suis beaucoup mouchée pendant la séance. Agnès s'est focalisée là dessus et m'interpellait à chaque fois que je me mouchais ou que je toussais. Cet événement a dû beaucoup la marquer (Agnès est en effet très attentive et apprécie beaucoup certains sons) car lors

des séances suivantes elle me répétait sans cesse d'aller me moucher ou me demandait si j'avais des mouchoirs.

Ces interpellations, nous l'avons compris au fil des séances, revêtaient plusieurs sens, en fonction du contexte. Le vocabulaire d'Agnès étant assez restreint, il convient souvent de déchiffrer ses propos. Ainsi, en fonction du contexte, le « vas te moucher Cécile » pouvait être interprété comme « Tu m'embêtes, laisse moi et vas te moucher ! ». En effet, nous avons pu constater qu'Agnès disait souvent cela lorsqu'elle était mise en difficulté.

Parfois, il semblait seulement qu'Agnès soit en demande de stimulation auditive. J'ai ainsi pu constater qu'au moment où je me mouchais, Agnès arborait un large sourire. Parallèlement à cela un recrutement tonique s'opérait dans le haut de son corps semblable à ce que j'ai pu observer lorsqu'elle nous demande d'applaudir. Il m'apparaît également que par ce biais Agnès peut avoir une action sur nos gestes, dont elle perçoit directement les effets. Les rôles sont alors inversés par rapport à ce qu'elle a l'habitude de vivre.

Après la séance individuelle, je vois Agnès en séance de groupe, dans un contexte tout à fait différent mais tout aussi intéressant.

1.2.2. Le groupe *Corps et Musique*

Le groupe *Corps et Musique* a lieu tous les jeudis de 11h à 12h, avec deux psychomotriciens, l'éducatrice, l'AMP et les enfants du groupe spécialisé (Cf. *supra* p.11-12).

Agnès participe plutôt bien et elle est très volontaire dès qu'il s'agit de manipuler des objets. Le groupe *Corps et Musique*, est un groupe très interactif dans lequel les adultes racontent une histoire et interrogent ensuite les enfants pour les faire participer et voir ainsi ce qu'ils ont compris ou retenu de l'histoire ; à cette occasion les enfants peuvent expérimenter les différents objets de l'histoire. Nous racontons la même histoire durant trois séances consécutives, puis, nous changeons d'histoire. Cette répétition

s'avère nécessaire au vu des difficultés cognitives des enfants du groupe spécialisé pour leur permettre de bien intégrer les histoires.

La mascotte est toujours « Léon le hérisson » à qui il arrive diverses aventures, il a pour ami Bernard le renard et Lilie la souris. Chaque animal a un son représenté par une structure sonore Baschet⁴. Ce sont des instruments facilement utilisables par ce type d'enfants car ne nécessitant pas une importante dextérité manuelle pour produire un son.

Au cours de la séance, les enfants sont donc invités à toucher les instruments ainsi que les divers objets rencontrés au cours de l'histoire. La séance est également ponctuée de rituels permettant de créer un cadre rassurant et valorisant pour ces enfants. Ainsi, en début de séance nous commençons systématiquement par dire bonjour à chaque personne du groupe et nous incluons activement les enfants dans ce rituel.

Après cela vient le temps de la chanson. Nous chantons toujours la même chanson (sur le thème du hérisson). Puis, vient l'histoire (qui est elle-même ponctuée de petites chansons, comptines ou berceuses qui varient en fonction des histoires), celle-ci est toujours étayée par des stimulations visuelles, auditives ou bien tactiles (par exemple, le miroir dans lequel on se regarde, le ventilateur pour faire le vent, le bruit des feuilles mortes ou du hibou, la douce couverture avec laquelle on se recouvre...).

Une fois l'histoire racontée, nous questionnons les enfants sur ce qui s'est passé, ce qu'ils ont entendu etc. C'est à ce moment, au fil de leurs souvenirs que nous ressortons les objets et qu'ils peuvent alors expérimenter, toucher par eux-mêmes. Puis, nous terminons par le rituel de fin, l'au revoir. Il y a également le temps plus informel où nous enlevons puis remettons les attelles, chaussures et appareillages. En effet, sur les cinq enfants du groupe, trois sont en fauteuil (avec siège moulé), une enfant se déplace en motilo* et un marche sans aide.

⁴ Cf. *infra* Annexe I, p. 80-83.

1.3. Agnès son rapport au temps et à l'espace

1.3.1. Situation d'appel

Au fil des séances avec Agnès j'ai été interpellée par son rapport à l'espace-temps. Une situation qui s'est produite lors de mon premier mois de stage m'a particulièrement marquée ; je me suis alors beaucoup interrogée et remise en question.

Après une séance en groupe, nous accompagnons les enfants en salle à manger et avant cela nous les amenons se laver les mains. Arrivées devant le lavabo, j'ouvre le robinet et laisse Agnès se mouiller les mains. Puis, je prends du savon dans mes mains et je frotte les siennes. Je rouvre ensuite le robinet pour qu'elle puisse se rincer. Agnès passe les mains sous l'eau et au moment où je ferme le robinet, elle me dit « Et le savon ? ». Je lui réponds, un peu déconcertée, que je viens de le faire.

Cet événement m'a poussée à réfléchir sur mon comportement et sur les situations analogues qu'Agnès doit probablement vivre au quotidien (tendance à faire à sa place et à ne pas étayer le geste par la parole afin de lui permettre d'intégrer les situations vécues). En effet, j'ai réalisé que les troubles sensitifs et cognitifs d'Agnès l'empêchaient de comprendre que je lui savonnais les mains et cherchant à faire du lien, elle m'a questionnée afin d'établir une cohérence entre son vécu de la situation et ses attentes.

Je me suis alors interrogée sur les conséquences de la pathologie d'Agnès sur la perception et le vécu temporo-spatial.

En effet, en séance, Agnès a souvent beaucoup de mal à identifier ce qui relève de ses propres actes ou de ceux des autres et donc à différencier l'espace interne, de l'espace externe.

De plus, Agnès semble dans une temporalité à part. Des événements passés reviennent constamment à la surface et semblent accaparer ses pensées. Ses difficultés à se fixer sur une tâche m'ont interpellée, elle fait souvent référence à des choses passées sans lien apparent avec la séance.

Ces premières observations m'ont naturellement amenée à formuler plusieurs hypothèses.

D'une part que le handicap moteur de l'enfant présentant une tétraparésie limite l'expérimentation propre et ne lui permet pas de ce fait d'intégrer un large panel d'expériences. Ceci va entraîner des répercussions sur la connaissance du corps propre et sur la perception que l'enfant en a.

D'autre part qu'une trop grande passivité liée à son handicap, mais également aux contraintes de la vie en société, ne lui permet pas d'établir un lien, une continuité, face aux événements qui rythment sa journée (motricité subie, non vécue réellement par un corps acteur, pas de projet moteur donc non intégré psychiquement surtout si absence d'étayage verbal).

Il semblerait également que la fréquence des crises d'épilepsie* ait une influence sur la perception temporo-spatiale, par les expériences de discontinuité qu'elle crée et par les lésions nerveuses qui lui succèdent.

Il me semble que l'atteinte cérébrale de l'enfant souffrant d'une tétraparésie spastique influence l'investissement de l'espace.

La psychomotricité, en tant que thérapie à médiation corporelle, a donc un rôle fondamental à jouer pour ces enfants dans la construction, la perception et l'orientation temporo-spatiale.

1.3.2. Agnès et son rapport au temps

Lors des séances en groupe, Agnès a souvent tendance à mélanger les différentes histoires, ses capacités de structuration temporelle semblent très immatures et fortement en lien avec son vécu émotionnel. Les souvenirs sont toujours liés aux émotions, mais chez Agnès il semblerait que celles-ci soient très fortes et en même temps qu'elles ne soient pas représentées (*Cf. infra* p.55).

Je suppose qu'il existe chez Agnès une sorte de fixation temporelle sur des événements bien précis qui l'ont marquée ; ceci avec une composante émotionnelle forte, restée à l'état brut. Comme lorsqu'elle nous dit de façon récurrente « Jacques m'a tapée ». Jacques est un enfant faisant partie du

même groupe d'enfants qu'Agnès et celui-ci a tendance à frapper ses camarades. Il est cependant difficile de savoir si elle fait référence à un événement passé lointain ou très proche. Ainsi, la notion de temps écoulé semble une notion très abstraite pour Agnès. De même, ses interventions traduisent sa difficulté à cerner l'espace-temps de la séance et à inhiber des pensées qui ne sont pas en lien avec l'exercice proposé. Agnès parle très souvent du repas de midi et demande à savoir ce qu'il y aura à manger à la cantine (la plupart du temps, elle dit « Il y a des frites ce midi ? »). Cela m'évoque une citation de Gustave Flaubert dans Lettre à Louise Colet, « L'avenir nous tourmente, le passé nous retient, c'est pour ça que le présent nous échappe. ».

Le contenu et la forme de ses interventions m'ont donc interpellée. En effet, d'une part Agnès évoque des souvenirs à forte composante émotionnelle, qui semblent ne pas faire sens pour elle et viennent parasiter sa pensée, d'autre part ses interventions sont, bien souvent, hors contexte et témoignent dans leur contenu d'une construction temporelle défaillante.

Agnès semble ne pas avoir conscience du déroulement du temps, comme quand elle m'a dit « C'est hier que tu étais malade », alors que cela datait d'un mois. Cette difficulté à identifier l'intervalle de temps m'a interpellée. Agnès semble dans un non-temps, une non conscience du déroulement des phases qui la fait piétiner.

J'ai également pu remarquer que les temps d'absence la perturbent beaucoup. En effet, en séance, elle parle souvent des personnes absentes, que ce soit les enfants de son groupe ou les professionnels. Par ses interventions, il semblerait qu'elle cherche à être rassurée, ou il semblerait parfois qu'elle nous interroge pour en comprendre le sens. En effet, vu son âge et son niveau intellectuel, certaines absences peuvent être difficiles à comprendre comme les absences des professionnels en formation.

Le temps de la fin de séance, synonyme de séparation, est un temps particulièrement difficile pour Agnès. Souvent lorsque nous en arrivons au terme, elle n'est plus attentive à ce qu'elle fait, elle parle d'autre chose ou

de manière détournée (« Je t'aime pas », « vas te moucher ») semble nous signifier qu'elle ne veut pas que la séance se termine. Aussi, par ce biais, c'est finalement elle qui met fin à la séance, comme si elle cherchait ainsi à contrôler le temps, n'ayant que peu de possibilités d'agir sur celui-ci.

Cette inquiétude relative aux moments de séparation, peut être mise en lien, avec la problématique de la séparation. En effet, lors de son entrée dans l'institution, la séparation avec sa mère a été douloureuse, Agnès la réclamant beaucoup.

Il semblerait qu'Agnès compense son déficit moteur et visuel par une exacerbation auditive. Elle est en effet très vite perturbée par les bruits et surtout les voix, venants de l'extérieur de la pièce, nécessitant sans cesse de la ramener à l'espace-temps de l'ici et maintenant.

Ce constat peut trouver une explication dans la neurologie. Ainsi, Oliver Sacks, en s'appuyant sur des études réalisées auprès d'aveugles de naissance ou précoces, avance que :

«(...) certaines aires du cortex visuel peuvent être réaffectées au traitement des informations acoustiques et tactiles. C'est grâce à cette réaffectation de composantes du cortex visuel, que l'audition, le toucher et les autres sens des aveugles peuvent acquérir une hyperacuité peut-être inaccessible aux personnes voyantes. (...) Le cerveau reste pourtant capable de se modifier radicalement pour surmonter une privation sensorielle. Lofti Merabet, Alvaro Pascual-Leone et al. ont établi en 2008 que, même dans le cas d'adultes ayant une vision normale, il suffit de leur bander les yeux cinq jours d'affilée pour que leurs formes de comportement et de cognition non visuelle changent notablement, en s'accompagnant de transformations physiologiques de l'activité cérébrale.»⁵.

Cependant ces auteurs précisent, qu'en cas de cécité précoce, les réorganisations des circuits cérébraux sont en général majeures et durables, tandis que dans le cas de personnes à qui on a bandé les yeux, « des connexions intersensorielles préexistantes mais latentes semblent être utilisées »⁶ et ces transformations sont rapides et réversibles.

⁵ O. SACKS (2010), p223.

⁶ Ibid., p. 224.

J'ai également pu constater, en comparaison avec mes autres stages, que les séances avec Agnès se déroulent selon une temporalité bien particulière. En effet, le rythme est beaucoup plus lent, les séances se succèdent et se ressemblent énormément. L'importance de ses troubles cognitifs me donnant parfois l'impression d'être embarquée avec elle dans le chaos de son monde interne.

Armand Pijulet, dans un de ses articles, écrit d'ailleurs :

« Dans les manifestations psychopathologiques et notamment avec les prises en charge d'enfant présentant un handicap conséquent, nous sommes durement confrontés à cette dimension de la temporalité, où l'évolution lente, graduelle et insidieuse des capacités adaptatives des patients semble chroniciser les actes thérapeutiques (...). Cette confrontation au temps de l'autre peut s'avérer difficile quand les choses semblent figées et que le handicap pose douloureusement la question de l'évolutivité par ses aspects de perte et d'irréversibilité.»⁷.

1.3.3. Agnès et son rapport à l'espace

1.3.3.1. L'espace interne ou espace du corps propre

J'observe parfois chez Agnès une sorte de flou en ce qui concerne les limites corporelles et la différenciation soi/non soi. Par exemple, quand elle dit que c'est elle qui a fait une action, alors que c'est la psychomotricienne, ou inversement.

Il m'apparaît que les restrictions motrices en lien avec sa pathologie mais aussi la tendance des accompagnants à faire à sa place alors qu'elle pourrait le faire elle-même, la maintiennent dans ce flou. Aussi, il doit être très difficile pour cette enfant de percevoir qui fait l'action lorsque nous agissons avec elle ; contribuant à maintenir cette sensation de fusion.

⁷ A. PIJULET (1999), p.37.

Agnès, lors de la séance individuelle du vendredi, fameux jour « du lavabo », passe beaucoup de temps à jouer à remplir un gobelet d'eau et à le vider, remplir, vider... Elle boit aussi beaucoup d'eau. Cette répétition de vider/remplir témoigne du fait qu'Agnès est encore dans une problématique dedans/dehors et par ces allers-retours et ces répétitions elle tente probablement d'intégrer ces notions d'espace interne et d'espace externe (vers 10 mois en général). Elle s'amuse aussi à pousser/tirer pour voir couler l'eau ou pour ne plus la voir. Ici en agissant sur les éléments de l'environnement elle observe directement les conséquences de son action sur celui-ci, ce qui semble beaucoup lui plaire. Cette observation m'amène donc de fait à parler plus précisément de ce qui concerne l'espace extra-corporel.

1.3.3.2. Espace extra-corporel : environnement physique et humain

Agnès semble dans un rapport à l'espace que l'on pourrait qualifier « d'haptique »⁸. L'enfant est comme aimanté par les objets. En effet, elle a tendance à agripper les objets et surtout à persévérer dans ses gestes, à l'image du nouveau-né dont le premier mode de préhension se fait par *grasping*.

Par exemple, lorsque nous prenons l'ascenseur ensemble et que je lui demande d'appuyer sur le bouton marqué du chiffre 1 pour monter au premier étage, Agnès de manière systématique va appuyer dessus, puis va tenter de toucher à tous les boutons. De même, lorsqu'elle demande d'écouter de la musique, elle a tendance à persévérer sur un bouton, alors que je lui précise que ce n'est pas sur celui là qu'il faut appuyer pour allumer l'appareil. Agnès semble comme « dévorée », happée par l'espace, si bien que l'on ne sait plus trop si c'est elle qui agrippe les objets ou si ce sont les objets qui l'agrippent, son rapport à l'espace reflétant le chaos de son monde intérieur.

Ces troubles peuvent relever de l'atteinte frontale, mais il semblerait aussi qu'Agnès soit dans une sorte de plaisir sensori-moteur, ayant peu

⁸ B. LESAGE (2012), p.124.

d'occasion d'agir par elle-même sur son environnement, elle se saisit de la moindre occasion.

Il me semble également qu'au travers certains de ses gestes se manifeste son désir de nous provoquer en touchant à des choses interdites et ainsi de tester le cadre et ses limites, s'assurant alors de leur stabilité. Peut-être cherche-t-elle aussi par ce biais à s'affirmer et à s'individualiser (en sortant de sa passivité habituelle).

En effet, Agnès dispose de très peu de moyens pour agir de manière physique sur son environnement et exprimer son mécontentement. Ainsi, lorsque nous la soutenons pour se déplacer, Agnès se dirige, de manière quasi-systématique, vers le bureau de la psychomotricienne et ouvre son tiroir pour s'emparer des objets se trouvant à l'intérieur. Elle semble très bien savoir ce qu'elle fait puisque lorsque nous l'interrogeons elle répond souvent « C'est tes affaires ».

Les troubles visuels d'Agnès semblent aussi affecter son rapport à l'espace. Par exemple, lors de ma première séance avec Agnès, la psychomotricienne lui demandait d'attraper « les petits chapeaux » dans une caisse où se trouvaient également d'autres objets. Agnès en a pris quelques uns, mais pas tous, la psychomotricienne m'expliquant qu'Agnès comme beaucoup d'enfants IMC avait très probablement une vision morcelée de l'espace, ainsi que des troubles de la reconnaissance, de l'attention et des troubles oculo-moteurs (*Cf. infra* p.30-31).

Agnès essaie souvent de se situer et de nous situer dans l'espace. Ainsi, elle commente souvent nos positions sur un ton oscillant entre l'affirmatif et l'interrogatif.

Par exemple, un jour où j'ai proposé à Agnès des petites percussions corporelles sur son dos, nous avons échangé nos places avec la psychomotricienne, je suis venue me mettre derrière Agnès et la psychomotricienne devant. Agnès a alors dit à ma maître de stage « Tu es au milieu ». Il semblerait alors qu'Agnès utilise un vocabulaire un peu plaqué dont elle sait qu'il est relatif à l'espace mais dont elle ne comprend pas le sens.

Il se pourrait également, vu ses difficultés de différenciation soi/non-soi, qu'elle fasse en réalité référence à elle, dans ce cas le terme « au milieu » serait alors adapté. Il est toujours très difficile de savoir exactement ce qui se passe dans la tête de cette enfant tant son monde intérieur semble chaotique et fait de discontinuités.

Au cours de la même séance, au moment de remettre ses chaussures je suis venue me placer devant elle et la psychomotricienne à côté, sur sa droite. Agnès lui a alors dit « Tu es devant ». Agnès semble en quête de lien et en verbalisant ses interrogations, elle semble chercher notre approbation.

Agnès essaie de situer les personnes mais aussi les objets, ainsi, elle a pu dire « Il est près le rouleau », en parlant d'un rouleau que l'on faisait rouler d'elle vers la psychomotricienne.

Le rapport qu'Agnès entretient avec l'espace me semble donc fortement influencé par sa pathologie mais aussi par les comportements d'autrui qui peuvent induire chez elle un certain type de comportement ou de la confusion (comme la situation « du lavabo », où je ne lui ai pas expliqué que je lui savonnais les mains). La problématique de cet enfant me semble donc à considérer sous un angle à la fois médical et social.

Après plusieurs séances passées auprès d'Agnès et donc après m'être fait mon propre point de vue sur cette enfant, j'ai consulté son dossier médical afin d'effectuer le parallèle entre mes observations cliniques et le diagnostic posé et afin d'en savoir un peu plus sur son histoire de vie.

1.4. Histoire d'Agnès

1.4.1. Anamnèse

Agnès est née prématurément, à 31 semaines d'aménorrhée et avec un poids de naissance de 1kg750. Elle a alors été hospitalisée en service de

néonatalogie (octobre 2007). Une souffrance cérébrale, directement en lien avec la prématurité* a provoqué une atteinte de la substance blanche du cerveau (: leucomalacie* périventriculaire). Cette atteinte, découverte lors d'une échographie réalisée à la quatrième semaine, se situe à un niveau bilatéral sur les lobes frontaux, pariétaux et occipitaux.

Agnès souffre également, en lien avec les lésions neurologiques, de déformations au niveau des pieds, qui se trouvent en flexion plantaire et en pronation. Un traitement précoce des pieds bots varus équin* avec ténotomie percutanée d'Achille (allongement du tendon) est alors réalisé afin de corriger ces déformations.

Les premières semaines et les premiers mois de vie ont été marqués par des difficultés d'alimentation. Des troubles du tonus ont été repérés par les parents vers l'âge de 7/8 mois et confirmés après une hospitalisation pour une bronchiolite. C'est à ce moment là que sont apparues les premières crises d'épilepsie.

Agnès a été élevée entièrement au domicile des parents avec l'aide de la grand-mère maternelle. La maman a dû arrêter son travail, la naissance d'Agnès ayant beaucoup perturbé les projets de vie du couple. En effet, la mère est coiffeuse et avait pour projet de rentrer au Portugal avec son époux afin d'ouvrir son propre salon de coiffure. Devant la gravité de la maladie de leur fille, ils ont préféré rester en France.

A l'âge d'un an jusqu'à trois ans, Agnès se rendait dans un Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce (CAMSP) trois fois par semaine pour un suivi individuel en ergothérapie et en psychomotricité. Elle voyait également un kinésithérapeute en cabinet libéral et passait le reste du temps en halte garderie.

Agnès a été admise au centre, dans lequel j'effectue mon stage, en 2010 (en externat). Elle était alors âgée de trois ans. Elle a alors intégré une classe de petite section de maternelle pendant deux ans. A son arrivée à l'institut, Agnès réclamait beaucoup sa maman.

Agnès a ensuite intégré le groupe spécialisé (*Cf. supra* p.11-12), n'ayant pas le niveau requis pour aller en classe de moyenne section de maternelle. Agnès a également pu bénéficier de nombreuses rééducations (trois séances de kinésithérapie, trois d'ergothérapie, deux d'orthophonie et deux de psychomotricité). A son admission, l'alimentation était très difficile et exclusivement mixée. Agnès présentait une dépendance totale pour les repas mais parvenait cependant à mettre un gâteau à la bouche.

La parole se développe bien et est intelligible. Un très discret strabisme* est constaté ; ce qui peut expliquer, en partie, ses difficultés de perception spatiale.

Un an après Agnès est opérée de « pieds bots varus équin congénitaux récidivés » et un appareillage bipelvipédiéux est mis en place.

1.4.2. Éléments récents

Quelques mois avant mon arrivée dans l'institution, Agnès a été hospitalisée pendant cinq jours pour un état de mal* épileptique. Cela faisait déjà quelques semaines qu'elle multipliait les crises. Ces dernières étaient plus bénignes mais les équipes avaient déjà pu constater des répercussions notables sur sa disponibilité psychique et son attention.

Agnès a depuis peu un petit frère et l'éducatrice a constaté que la maman se porte mieux depuis son arrivée. Agnès quant à elle, en parle beaucoup avec la psychologue mais de manière plutôt négative (« il est moche », « maman l'a grondé »...).

Ces derniers mois, Agnès n'a pas eu de grosse crise d'épilepsie et s'est rarement montrée aussi bien pendant une si longue période. Néanmoins, certains moments de flottement nous laissent penser que des « micro-crisis », à type de rupture de contact et accompagnées d'hypotonie surviennent encore.

1.5. Compréhension de ses troubles pour comprendre ses difficultés

1.5.1. L'infirmité motrice cérébrale : bref rappel historique

Un bref rappel historique m'a semblé nécessaire afin d'éclairer le lecteur sur un personnage incontournable à propos de cette pathologie, il s'agit du Professeur Guy Tardieu. En effet, ce fut l'un des premiers à s'intéresser de près aux enfants cérébro-lésés et ce, jusqu'à la fin de sa vie.

En 1952, le professeur Guy Tardieu doit, à la demande de l'Assistance publique, s'occuper d'enfants ayant des troubles moteurs d'origine cérébrale.

Le terme d'infirmité motrice cérébrale a ainsi été proposé en 1954 par Guy Tardieu, pionnier dans la prise en charge de ces enfants. En effet, ce professeur ne s'est pas cantonné à une prise en charge purement médicale, il leur a également permis l'accès à la scolarité en faisant intervenir l'Éducation Nationale à l'hôpital. Grâce à ce nouveau souffle, largement suivi par les familles et les enseignants, certains malades ont pu accéder à un niveau universitaire.

Avant cela, ces enfants (car à l'époque les patients les plus âgés n'ont que 16 ans) étaient considérés comme hors circuit et relégués dans une aile isolée de l'hôpital Bicêtre.

Les plus jeunes sont examinés, au mieux, à partir de l'âge de trois ans et c'est encore Guy Tardieu qui va encourager ses confrères à s'investir dans des consultations de diagnostic précoce. En effet, prévention et diagnostic précoce sont les deux objectifs visés par Tardieu qui publiera, de 1954 à 1963, quatre thèses de médecine sur le sujet.

Suite à ses enquêtes, la prématurité et les accidents mécaniques ou vasculaires de l'accouchement apparaissent comme les deux principales causes. Viennent ensuite les causes postnatales : encéphalopathies aiguës, infections aiguës du système nerveux central, traumatismes crâniens et accidents anesthésiques.

Lors de ses travaux, Tardieu formule l'hypothèse que la conservation des capacités mentales serait le tremplin des progrès dans le domaine moteur.

Aussi, contrairement à ce que pensent la majorité de ses contemporains, Tardieu estime qu'une importante récupération post-lésionnelle est possible grâce à la plasticité* cérébrale. Ses observations viennent par la suite confirmer ses hypothèses. En effet, il constate que la plupart des enfants IMC font des progrès évidents aussi bien dans le domaine des fonctions supérieures épargnées par l'atteinte lésionnelle que dans les domaines touchés par la lésion (les neurones du côté opposé se substitueraient aux neurones lésés)⁹.

1.5.2. Définition

Je retiendrai donc, dans le cadre de ce mémoire, la terminologie française, d'infirmité motrice cérébrale, proposée par Guy Tardieu (les Anglo-Saxons parlent eux de *cerebral palsy*¹⁰ - paralysie cérébrale - terme plus vaste servant à désigner plusieurs entités nosographiques).

L'IMC est un regroupement de différentes pathologies par lésions cérébrales précoces ayant pour point commun la déficience physique. L'IMC constitue un ensemble très hétérogène de par la diversité des étiologies, la diversité d'expression des troubles et leur retentissement sur la vie du sujet.

L'IMC est une pathologie néonatale, conséquence d'une atteinte multifocale des zones sensorielles et motrices du cerveau¹¹. Ces lésions se produisent alors que la maturation cérébrale n'est pas encore terminée.

C'est une pathologie non héréditaire et non évolutive. L'état fonctionnel peut toutefois se dégrader.

⁹ H. AUFERIL, F. de BARBOT, M. Le METAYER, LEROY-MALHERBE *et al.* (2008), p. 3-13.

¹⁰ M. GUIDETTI, C. TOURRETTE (2014), p. 46.

¹¹ A. CROUAIL, F. MARECHAL (2006).

L'IMC peut être classée en fonction de la nature du trouble prédominant, on distingue alors la forme spastique*, athétosique* ou ataxique*. Elle peut également être classée en fonction de la localisation de l'atteinte, on distingue alors l'hémiplégie* (forme la plus fréquente), la diplégie* et la tétraplégie*. ¹²

Au-delà de toute classification, un extrait du livre de Michèle Mazeau m'a semblé illustrer, mieux que tous ces termes purement médicaux, la manière dont je percevais Agnès et aussi pourquoi cette enfant m'a autant interpellée.

Elle écrit ainsi, que l'enfant IMC « ne peut plus être simplement perçu comme un enfant déficitaire, en terme de manques, de déficiences, de lacunes, de carences. Cet enfant se construit et fonctionne autrement, pas seulement avec des moins, mais fondamentalement différemment et c'est pourquoi il déroute tant. » ¹³.

Elle insiste également sur l'importance d'apprendre à comprendre l'enfant, c'est également la raison pour laquelle j'ai choisi de faire ce mémoire sur Agnès. En effet, avant même d'orienter mes recherches sur les notions d'espace-temps, je savais, dès le moment même où je l'ai rencontrée, que j'allais travailler tout au long de cette année à tenter de comprendre le pourquoi de ses troubles et surtout le comment: comment l'aider à être en relation avec nous, à se situer dans l'espace et dans le temps, à organiser sa motricité...

1.5.2.1. La tétraplégie spastique

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai choisi de ne développer que la tétraplégie spastique puisque c'est seulement elle qui nous intéresse ici.

¹² M. GUIDETTI, C. TOURRETTE, *op.cit.*, p.48.

¹³ M. MAZEAU (1995), p.5.

Le sujet spastique est atteint, à la fois et de manière paradoxale, de raideur et de faiblesse musculaire. C'est le système nerveux pyramidal (qui contrôle la motricité volontaire) qui est touché. Les muscles sont alors hypertoniques et hypercontractiles. L'impossibilité de relâchement des muscles opposés à ceux qui se contractent, perturbe l'exécution du geste.

Les spasmes moteurs sont surtout présents au niveau de l'appareil phonatoire et des membres supérieurs et peuvent s'aggraver en présence d'une émotion forte.

Dans la tétraplégie ou quadriplégie spastique, l'atteinte motrice se caractérise par un déficit postural avec une station assise peu fiable voir impossible. L'atteinte des membres est sévère, ce qui constitue un handicap majeur dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Le pronostic d'autonomie motrice est mauvais, un fauteuil roulant s'avérant indispensable dans la plupart des cas.

Enfin, l'enfant atteint de tétraplégie spastique présente des anomalies de la face, des organes de la déglutition et de la phonation, génératrices de bavage, de difficultés liées à l'alimentation et des troubles de l'articulation plus ou moins importants.

Dans le dossier médical d'Agnès le diagnostic de tétraplégie spastique est posé; à d'autres endroits du dossier il est question de tétraparésie spastique. Ce terme me paraît plus précis et c'est donc celui que j'ai choisi d'employer, car il indique que l'atteinte n'est pas totale et que des mouvements sont tout de même possibles.

Le pronostic d'autonomie générale est mauvais car à ce tableau viennent souvent s'ajouter des troubles associés, l'enfant aura donc toujours besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir les gestes quotidiens et subvenir à ses besoins élémentaires.¹⁴

¹⁴ M. VIDAL (1982), p.97-98.

1.5.2.2. Troubles associés

L'IMC est souvent définie par l'atteinte de la commande motrice, pour Michèle Mazeau, le trouble moteur n'est souvent que « la partie visible de l'iceberg »¹⁵.

Cependant, atteinte motrice et troubles associés semblent en étroite corrélation. En effet, plus le handicap moteur est sévère, plus les troubles associés seront importants¹⁶, il n'est donc pas surprenant de constater chez Agnès des difficultés spécifiques majeures.

Trois types de troubles ont été identifiés : les troubles organiques (visuels, de la déglutition, urinaires, épileptiques*...), les troubles des fonctions supérieures ou cognitifs (troubles praxiques*, de l'organisation spatiale, du regard, de l'attention, de la mémoire, du langage) et les troubles psychoaffectifs (troubles du schéma corporel et de l'image du corps, troubles du comportement et de l'humeur).

La quasi-totalité des dysfonctionnements cités ci-dessus sont présents chez Agnès et donnent un éclairage sur l'ampleur de ses difficultés.

Les troubles d'ordre neuro-visuel, extrêmement fréquents chez les enfants IMC, vont notamment toucher les capacités de perception spatiale et les gnosies* (l'agnosie des images étant la plus fréquente)¹⁷.

Le terme de « pathologie du regard » est souvent employé pour caractériser la symptomatologie propre aux enfants IMC. Ainsi, « la pathologie peut toucher tous les 'modules' de la fonction du regard, isolément ou en diverses associations »¹⁸. Un strabisme est très fréquemment rencontré (c'est le cas pour Agnès), ainsi que des troubles de la fixation, de la poursuite et de l'exploration oculaire et enfin des limitations modérées du champ visuel. Or, le regard joue un rôle majeur dans la construction de la structuration spatiale.

¹⁵ M. MAZEAU, *op.cit.*, p.127.

¹⁶ A. CROUAIL, F. MARECHAL, *op.cit.*, p.24.

¹⁷ M. MAZEAU, *op.cit.*, p.37.

¹⁸ *Ibid.*, p48.

Toutes ces perturbations vont donc entraîner des répercussions importantes sur l'apprentissage des praxies complexes, l'acquisition de notions géométriques, l'intégration et l'accès à la représentation de la 3^e dimension...

L'enfant IMC, du fait de son handicap, va donc se retrouver en grande difficulté dans les activités de la vie quotidienne. La qualité des interactions et des soins prodigués par l'entourage et par les professionnels gravitant autour de l'enfant me semble donc primordiale pour permettre une meilleure qualité de vie.

1.5.3. L'influence de l'environnement

Du fait d'une lenteur liée à ses difficultés praxiques, l'entourage va bien souvent œuvrer à la place de l'enfant IMC par manque de temps¹⁹.

On se situe là dans le champ du handicap social, en effet, ce n'est pas que l'enfant ne peut pas faire, ce sont les contraintes sociales qui font qu'il n'est pas laissé à l'enfant la possibilité de faire par lui-même ce dont il est capable.

Cela ne concerne pas seulement la famille, en séance de psychomotricité par exemple, il peut arriver que nous fassions à la place de l'enfant lorsque des contraintes temporelles s'imposent ou lorsque nous n'avons pas anticipé le temps nécessaire à l'enfant pour remettre ses appareillages.

Afin de garantir à l'enfant une prise en soins au plus près de ses besoins et afin d'assurer la meilleure qualité de vie possible, un projet individualisé est élaboré tous les ans par les divers professionnels de l'institut qui travaillent auprès de l'enfant.

¹⁹ H. AUFERIL, F. De BARBOT, M. Le METAYER, LEROY-MALHERBE *et al*, *op.cit.*, p.13.

1.6. Projet individualisé

La pertinence d'un projet individualisé, c'est-à-dire centré sur les besoins de l'enfant, se justifie d'autant plus en présence d'un enfant IMC. En effet, d'après Michèle Mazeau, « Chaque enfant va présenter une association unique de symptômes, une constellation exclusive de troubles, une mosaïque particulière, réalisant un tableau clinique qui lui est propre, tant en ce qui concerne la gamme de symptômes qu'il exprime dans les divers domaines, moteurs et cognitifs, que leur intensité. »²⁰.

1.6.1. Projet global

Au mois de janvier s'est tenu une réunion pluridisciplinaire afin d'établir le projet éducatif et thérapeutique pour l'année 2015.

Les objectifs thérapeutiques et rééducatifs visent notamment l'amélioration de la posture et de l'équilibre en position assise, la stimulation des coordinations bi-manuelles et des praxies, la conscientisation des actes et ressentis, le soutien de la communication (continuité du discours) et le développement des capacités spatio-temporelles afin de l'aider à se situer dans le temps au cours de la journée.

Les objectifs éducatifs visent le soutien à l'expression des émotions et l'aide à la prise de confiance.

Le partenariat avec la famille s'axera cette année sur la reprise de l'éducation à la propreté et sur la question de l'orientation ; une structure plus adaptée aux besoins d'Agnès a en effet été jugée souhaitable.

Les observations interdisciplinaires jugent également qu'il serait dans son intérêt de proposer l'expérimentation d'un déplacement en fauteuil roulant électrique. Agnès intégrera également une classe de moyenne section de maternelle à raison d'1h30 par semaine.

²⁰ M. MAZEAU, *op.cit.*, p4.

Elle bénéficiera au total de trois séances de kinésithérapie par semaine, de deux séances d'ergothérapie, deux d'orthophonie, deux de psychomotricité et enfin de deux séances d'activités rééducatives en groupe.

1.6.2. Projet en psychomotricité et remarques personnelles relatives au projet

La réalisation d'un bilan standardisé s'avère impossible auprès d'Agnès, du fait de l'importance de ses troubles. En effet, l'importance du déficit primaire (les lésions concernant plusieurs lobes du cortex cérébral), la fréquence et la gravité des crises d'épilepsie sont, à mon sens, très probablement à l'origine d'un surhandicap majeur ; la réalisation d'un bilan chez Agnès étant alors beaucoup plus complexe que chez la plupart des enfants IMC. Le projet en psychomotricité a donc été établi, par la psychomotricienne, sur la base d'observations qualitatives réalisées au cours des séances.

Concernant la motricité et le schéma corporel, la psychomotricienne souhaite poursuivre le travail sur la conscience corporelle de son axe en position assise et sur la possibilité d'être attentive aux déséquilibres pour les corriger de manière autonome. Elle a également pu noter qu'Agnès avait une bonne connaissance des parties du corps et qu'elle savait les situer et les nommer.

Le travail que j'ai entrepris auprès d'Agnès autour du corps propre dans le but de lui permettre une meilleure identification de l'espace interne et externe m'a cependant montré que cette connaissance était très partielle (*Cf. infra* p43-44).

Au niveau des manipulations fines, la psychomotricienne a choisi de travailler avec Agnès autour des notions opposées de « tirer » pour approcher de soi et de « pousser » pour éloigner de soi. Agnès commence à utiliser le mouvement de pousser/repousser, ce qui lui permet d'aborder le fait d'agir pour se séparer d'un objet alors qu'elle n'utilisait auparavant que les mouvements lui permettant de garder vers elle.

Ces observations me semblent particulièrement intéressantes car elles montrent qu'Agnès par ses mouvements de repousser s'inscrit dans une dynamique où elle met de la distance avec l'autre et donc tend petit à petit à se séparer.

Agnès utilise spontanément ses deux mains pour des manipulations fines qui le nécessitent (défaire un objet scotché sur le plan vertical par exemple).

En position « assis-tailleur », elle peut faire des efforts d'attention visuelle, lui permettant par exemple de viser avec une balle qu'elle fait rouler vers une quille.

En ce qui concerne la notion de temps, le travail en psychomotricité consiste à l'aider à se centrer sur l'action en cours afin de ne pas la laisser dans le chaos qu'elle crée fréquemment en mélangeant présent et passé ou par association d'idées.

Agnès commence à utiliser des mots comme demain et après et donc à se distancier de l'immédiat. Elle peut désormais situer les séances dans la semaine et penser le temps (séance avec ou sans stagiaire, absences...).

Il m'a semblé important de faire part des observations de la psychomotricienne, car elles rendent compte du décalage entre nos analyses respectives et par conséquent, mettent en lumière la progression considérable d'Agnès dans l'utilisation des termes relatifs au temps. En effet, je suis d'emblée frappée par ses difficultés d'organisation temporelle, sans me rendre compte des énormes progrès réalisés.

Au niveau de l'espace, Agnès est en demande pour se déplacer et explorer l'espace de la salle. Elle identifie mieux ce qui l'entoure et commence à utiliser certains mots du vocabulaire spatial. Ceux-ci sont régulièrement inadaptés car Agnès a besoin d'expérimenter par elle-même les distances (loin, près...) et différents types de relations spatiales (dessus, dessous, dedans, dehors, derrière...), afin de construire et étayer ses représentations.

Mes axes de travail avec Agnès autour des notions d'espace-temps, s'inscrivent donc dans le cadre du projet thérapeutique élaboré par la psychomotricienne et sont également venu le nourrir.

Deuxième partie. Du schéma corporel à l'espace-temps: en-je et en-jeux de l'accompagnement en psychomotricité

Mes observations cliniques à propos de l'espace et du temps m'ont naturellement amenée à faire le lien avec le schéma corporel. Ce dernier s'inscrit dans l'axialité et c'est par l'intermédiaire de cet axe que le corps s'organise et se structure et que l'enfant va pouvoir se repérer dans l'espace et le temps²¹.

2.1. Définitions, développement normal et liens cliniques

2.1.1. Le temps

2.1.1.1. Définition

Le temps est un organisateur fondamental au même titre que l'espace. L'ordre, la durée et la succession constituent les trois composantes majeures du temps et sont les premières que l'enfant va pouvoir appréhender. Cette perception du temps passe d'abord par le vécu corporel avant de pouvoir être intégrée à un niveau psychique.

Trois sortes de temps sont distinguées : le temps biologique (c'est par exemple le rythme naturel veille-sommeil), le temps subjectif ou psychologique (étroitement lié à la notion de plaisir-déplaisir), le temps objectif (c'est par exemple le temps de la montre, correspondant au principe de réalité)²².

²¹ S. ROBERT-OUVRAY (2002), p.49.

²² J. LACOMBE (2012).

2.1.1.2. La structuration temporelle chez l'enfant et impact supposé de la pathologie d'Agnès sur celle-ci

Les premières rythmicités relationnelles (portage, soins maternels...) vont venir structurer l'enfant. Les grandes composantes du temps vont alors émerger (durée, ordre, succession) et déterminer l'organisation temporelle future.

Dans le cadre de la pathologie d'Agnès, je peux imaginer les difficultés rencontrées par les parents face à une enfant qui ne réagit pas comme les autres.

Selon Anne Luigi-Duggan, le handicap est une rencontre avec l'absurde qui referme brutalement l'ouverture créée par l'événement de la naissance, habituellement riche de possibles. Pétrifiés, médusés, sidérés, les parents ne peuvent plus se défaire de leur angoisse²³. La qualité du handling* et du holding*²⁴ risque d'en pâtir, influençant alors le développement psychologique de l'enfant.

Il a en effet été démontré que la prématurité constituait un facteur de risque dans le développement de la relation parent-enfant²⁵. Les troubles de la relation parent-enfant s'observent notamment dans les perturbations de la réciprocité (évitement du regard) et du déroulement temporel. Cela peut s'exprimer par l'existence d'une discontinuité dans l'interaction marquée par des micro-ruptures répétées (attitude paradoxale du parent qui ne va pas écouter les signaux du bébé, le déroulement temporel de l'interaction n'est pas approprié)²⁶.

Pour Mahmoud Sami-Ali, avant d'être intégré par l'enfant le temps s'éprouve d'abord dans la relation à l'autre. C'est notamment la mère qui va d'abord organiser le temps. Le temps est alors le temps du corps et se confond avec le rythme physiologique. L'attitude maternelle oscille entre le

²³ A. LUIGI-DUGGAN (1999), p.20.

²⁴ D.W. WINNICOTT (1987), p.92.

²⁵ P. MAZET, S. STOLERU (1988), p.310.

²⁶ Ibid., p. 167.

biologique et le social, les articulant et permettant ainsi l'insertion graduelle du temps corporel dans le temps objectivé par la société²⁷.

La notion de la temporalité et notamment du temps social est en forte corrélation avec les exigences du sur-moi* et avec la culture propre à chaque société. Ainsi, certains peuples n'ont pas du tout cette notion très occidentale du temps où les activités de la journée sont particulièrement rythmées et organisées, parfois à la minute près, nous amenant à sans cesse courir après le temps²⁸.

2.1.1.3. Développement normal, Agnès et le temps magique

En ce qui concerne le développement de l'enfant, 7-8 ans correspond au début du temps représenté c'est-à-dire que l'enfant devient capable de penser et de parler du temps en dehors de l'action. Cette étape succède à la phase dite perceptive ou sensori-motrice. L'enfant commence aussi à se repérer dans le temps objectif, il apprend les jours de la semaine, les mois de l'année et quelques dates clé comme les anniversaires²⁹. C'est aussi à partir de 7 ans que l'enfant va commencer à lire l'heure³⁰.

Agnès n'est visiblement pas dans cette représentation du temps. Il semblerait qu'elle soit dans une sorte de temps magique où elle s'imagine que le temps peut se dérouler en fonction de ses désirs. La notion d'ordre ne semble donc pas faire sens pour Agnès, en effet, elle nous demande par exemple tous les jeudis « on fait le lavabo ? », cette répétition nous montre qu'elle n'a pas intégré le déroulement de la semaine et de ce qui s'y passe.

Pourtant, lorsque nous la questionnons en retour et que nous lui rappelons quel jour nous sommes, elle est alors capable de dire (même si c'est très réducteur), ce que nous allons faire aujourd'hui. Agnès effectue certains liens, cependant, du fait de l'importance de ses troubles et de ses

²⁷ M. SAMI-ALI (1991), p.47.

²⁸ *Ibid.*, p.48.

²⁹ *Cf. infra*. Annexe II, p.84-85.

³⁰ A-C. GALLIANO, C. PAVOT, C. POTEL (2011) in J-M. ALBARET, F. GIROMINI, P. SCIALOM, p. 228.

capacités d'expression limitées, il est donc particulièrement difficile de savoir ce qu'elle pense et donc de pouvoir répondre de manière appropriée.

Agnès est vraisemblablement dans une perception du temps très subjective (ou psychologique) car étroitement liée à la notion de plaisir. Ainsi, pour J. Lacombe le temps subjectif « correspond à toute l'affectivité consciente et inconsciente qui s'imprègne dans la construction de l'idée du temps lui donnant une perception imaginaire et créant des rapports spécifiques, voire pathologiques avec le temps »³¹.

2.1.2. L'espace

2.1.2. Définition

En ancien et en moyen français l'espace désignait plutôt la durée, l'intervalle de temps. On voit là à quel point temps et espace sont liés. Cela se retrouve dans certaines expressions : l'espace d'un instant, l'espace entre deux événements...

Pour Benoît Lesage, le travail sur l'espace revêt un caractère vital comme le montre l'expression « espace vital ».³²

On parle aussi de « trouver sa place », « occuper l'espace », autant d'expressions qui révèlent le lien relationnel et social entre corps et espace. Cet usage de l'espace par l'homme a notamment été développé par l'anthropologue américain E.T. Hall (1971).

L'espace est un organisateur fondamental, à la fois psychique et corporel. L'organisation de l'espace se fait en référence au corps propre, du moins dans un premier temps³³ ; c'est pourquoi j'ai choisi de commencer les séances par un temps de percussions corporelles et par des petits jeux en lien avec le corps propre (*Cf. infra* p.44-47).

³¹ J. LACOMBE, *op. cit.*, p.112.

³² B. LESAGE (2006), p.114

³³ A.-C. GALLIANO, C. PAVOT, C. POTEL, *op.cit.*, p.220.

L'hémisphère droit est à priori, pour la majorité des individus, celui qui gère les fonctions spatiales (ce constat est moins flagrant chez les gauchers, groupe très hétérogène, pour qui la latéralisation hémisphérique est parfois inversée par rapport à ce qui est communément admis). L'hémisphère gauche serait également impliqué dans certains domaines relatifs à l'espace tel que le traitement analytique, catégoriel ou verbal.³⁴

2.1.2.2. Parallèle avec le développement normal de l'enfant

En général, à sept ans (âge d'Agnès) l'enfant est de plus en plus dans un espace représenté³⁵ et il est censé pouvoir désigner la droite et la gauche sur une personne placée dans le même sens que lui. Agnès est pour le moment dans une phase où elle tente de situer l'adulte et de se situer elle-même dans l'espace sur des notions très basiques tel que devant, derrière, dessus, dessous... C'est habituellement vers 2-3 ans que l'enfant s'intéresse à ces notions et les intègre³⁶.

Pour Jésus Alégria, « Les termes *dans, sur, à côté, derrière* etc., qui sont des termes typiquement spatiaux, vont pouvoir être décodés grâce au fait que l'enfant a des connaissances concernant l'espace. »³⁷

Agnès utilise souvent un vocabulaire spatial non approprié à la situation, ce constat peut être mis en corrélation avec les propos tenus par Alégria comme quoi l'intégration par l'enfant du vocabulaire spatial dépend en quelque sorte de son intégration et de sa compréhension à un niveau plus corporel.

La représentation spatiale s'étaye donc sur la mise en sens au niveau corporel, cela passe donc tout d'abord par le vécu de l'espace, or chez Agnès ce vécu est entravé par ses nombreux troubles notamment moteurs.

³⁴ C. BILLARD, P. GILLET, C. HOMMET, I. JAMBAQUE (2005).

³⁵ A-C. GALLIANO, C. PAVOT, C. PÔTEL, *op.cit.*, p.222.

³⁶ Cf. *infra*. Annexe II, p.84-85.

³⁷ J. ALEGRIA, H. BARREAU, S. BARUK, P. BOUCHARÉINE et al. (1983), p.176.

C'est pourquoi lors des séances, nous avons favorisé le mouvement et la verbalisation des positions spatiales des objets comme des personnes (*Cf. infra* p.60-64).

2.1.2.3. L'enfant IMC et l'espace

D'après Brigitte Feuillerat, la paralysie cérébrale affecte le sujet dans sa perception de l'espace.

« A l'exemple de la symétrie, notion non seulement spatiale mais aussi psychique par son lien avec l'harmonie, l'être humain fabrique du sens à travers sa relation avec l'espace. Cette symbiose entre le spatial et le psychique est souvent rompue chez le sujet atteint de paralysie motrice. Les expériences sensori-motrices et les gestes intentionnels, dirigés vers son corps, vers les objets et vers autrui prennent du sens pour lui et contribuent à son intégration dans l'espace social. »³⁸.

Je développerai ceci plus loin, notamment cette notion de capacité à faire sens.

2.1.3. Le schéma corporel et la notion de corps propre

2.1.3.1. Définitions

Le schéma corporel est un concept défini par Bonnier en 1893. Il le définit comme une représentation permanente, une figuration spatiale du corps et des objets.³⁹

³⁸ B. FEUILLERAT (2011), p.209.

³⁹ M. GUIOSE (2001), p. 3.

Pour Alain Berthoz :

« (...) il y aurait au moins quatre types de processus nous permettant de nous représenter notre corps. Le premier traiterait les informations sémantiques et lexicales sur les parties du corps ; le deuxième les représentations spécifiques visuo-spatiales du corps propre et aussi des objets de l'environnement, c'est-à-dire la place des parties les unes par rapport aux autres (...) et leurs frontières ; le troisième constituerait une référence corporelle à partir d'un schéma corporel ; enfin, le quatrième processus serait composé des mouvements eux-mêmes qui sont organisateurs de la perception du corps. »⁴⁰. Espace et schéma corporel sont donc intimement liés.

La représentation corporelle regroupe les notions de schéma corporel, image du corps et image spéculaire du corps⁴¹.

Dans le cadre de ce mémoire, je ne développerai que ce qui concerne le schéma corporel.

Pour le psychomotricien Eric Pireyre, les termes schéma et image sont étymologiquement trop proches. Plutôt que le terme schéma corporel, il préfère la dénomination des neurophysiologistes (Richard et Orsal, 2001) de « sensibilité somato-viscérale », qui serait une composante même de « l'image composite du corps »⁴².

Nous avons vu ci-dessus le lien entre espace et schéma corporel (Alain Berthoz). L'apport de la phénoménologie*, fait quant-à-elle, le lien entre le schéma corporel et la dimension temporelle. En effet, pour Maurice Merleau-Ponty, c'est du fait de la structure temporelle de notre corps, que nous pouvons garder une fois adulte le souvenir de notre corps d'enfant. « Il ne faut donc pas dire que notre corps est *dans* l'espace ni d'ailleurs qu'il est *dans* le temps. Il *habite* l'espace et le temps. »⁴³.

⁴⁰ A. BERTHOZ (1997), p.250.

⁴¹ A. FERNANDEZ-ZOÏLA, P. SIVADON (1986), p.179.

⁴² E. PIREYRE (2011), p.111.

⁴³ M. MERLEAU-PONTY (1945), p.174.

Au cours de ce mémoire, plusieurs références à la phénoménologie* seront faites car ce point de vue m'a semblé constituer un éclairage fort intéressant pour le sujet qui nous intéresse ici et pour la psychomotricité de manière plus vaste.

Ainsi, selon Max Aurières, « La prise en charge en psychomotricité rencontre des modalités d'expériences différenciées : celle de la corporéité, de l'espace, du mouvement, de l'expérience sensible. Cette expérience vécue en séance de psychomotricité peut-être rapprochée, à notre sens, à l'aide de concepts fondamentaux issus de la phénoménologie »⁴⁴.

Merleau-Ponty a également développé la notion de corps propre définie par Husserl et je retiendrai une très belle phrase de cet auteur à ce propos : « Le corps propre est dans le monde comme le cœur dans l'organisme : il maintient continuellement en vie le spectacle visible, il l'anime et le nourrit intérieurement, il forme avec lui un système. »⁴⁵.

Merleau-Ponty replace donc ici le corps dans le contexte de l'espace et des relations qu'il entretient avec celui-ci. Le corps propre désigne donc le corps subjectif, le corps vécu par le sujet lui-même⁴⁶ et c'est en cela que cette notion nous intéresse.

2.1.3.2. Troubles du schéma corporel chez les enfants IMC

Jean-Claude Reinhardt avance que les enfants IMC présentent des lacunes et des troubles importants du schéma corporel⁴⁷. Ajuriaguerra et Stucki rejoignent ce postulat⁴⁸ et ajoutent que ces troubles vont avoir un impact sur l'action volontaire, le côté le moins mobile étant souvent fortement désinvesti (les difficultés motrices ne le justifiant pas entièrement).

⁴⁴ M. AURIÈRES (2011), p. 195.

⁴⁵ M. MERLEAU-PONTY, *op.cit.*, p.245.

⁴⁶ M. AURIÈRES, *loc.cit.*, p.196.

⁴⁷ J-C. REINHARDT (1990), p.211.

⁴⁸ J. de AJURIAGUERRA, J-D. STUCKI (2009), in F. JOLY, G. LABES, p.295.

Le schéma corporel étant le référentiel de base permettant à l'enfant de se situer dans l'espace, j'ai donc entrepris avec Agnès un travail autour de celui-ci.

En effet, pour Benoît Lesage :

« (...) avant de déployer le geste dans l'espace et d'entrer dans un travail d'expressivité, le propos est de spatialiser le corps, d'en instruire les contours, de le densifier. Au-delà de cette différenciation fondatrice, dedans et dehors s'organisent et se structurent conjointement. Au-dedans, c'est la mise en place d'un squelette et de références qui différencie les éléments et les qualifie. Le dedans n'est donc pas une bouillie informe, une « soupe primitive », mais acquiert une structure et des qualités qui font écho à celles du dehors (...) »⁴⁹.

Lorsque j'ai commencé ces petits jeux avec Agnès, j'ai eu un peu cette impression de « soupe primitive ».

Un jour alors que j'accrochais une petite pince à linge sur son pantalon et lui demandait de la décrocher, Agnès a pu dire qu'elle était sur le pantalon, par contre quand je lui ai demandé quelle partie de son corps se trouvait dans son pantalon, Agnès m'a répondu « le pantalon », puis « le jogging », puis finalement, « le dos »...

Émilie Charpentier précise que la restriction des mouvements entraîne une déstructuration du schéma corporel et que le toucher thérapeutique va tenter de réunifier celui-ci en apportant la sensation d'enveloppement, de contenance et de solidité⁵⁰. C'est donc vers la médiation par le toucher, que mon choix s'est tourné, afin d'entamer un travail sur l'espace corporel.

2.2. Les percussions corporelles : instruire les limites du corps pour structurer l'espace

« L'os représente le solide, ce sur quoi on peut s'appuyer, qui donne des directions dans le corps. C'est aussi un conducteur de vibrations, donc le

⁴⁹ B. LESAGE (2012), p.125.

⁵⁰ E. CHARPENTIER (2014).

support d'une sensation de soi unifié. »⁵¹. Par le biais des percussions corporelles, le thérapeute va donc venir contacter la structure osseuse, la faire vibrer et va ainsi transmettre quelque chose d'une continuité du corps. Le but est également de faire prendre conscience à l'enfant de son axe corporel afin d'organiser et de structurer le corps.

2.2.1. Difficultés rencontrées et positionnement thérapeutique

C'est par le biais des percussions corporelles que j'ai pu spatialiser le corps et en instruire les limites.

Cette citation extraite du livre, *La poétique de l'espace*, de Gaston Bachelard m'a semblé illustrer parfaitement le propos : « Rendre concret le dedans et vaste le dehors sont, semble-t-il, les tâches initiales, les premiers problèmes d'une anthropologie de l'imagination. »⁵².

Ce travail n'a pas été chose facile. En effet, au tout début Agnès n'adhérait pas du tout, voire refusait de faire les percussions. J'ai beaucoup réfléchi, avec l'aide de ma maître de stage, à la manière dont je pouvais m'y prendre pour la faire adhérer à mes choix thérapeutiques.

Il me semble alors nécessaire que le psychomotricien adopte une « attitude médium malléable »⁵³.

Ainsi, pour René Roussillon, le thérapeute doit être suffisamment investi, disponible, sensible, transformable, constant et atteignable, c'est-à-dire qu'il doit pouvoir faire preuve d'une totale empathie* envers son patient.

En effet, sans cette qualité indispensable au psychomotricien, le risque n'est-il pas de tomber dans une attitude de toute puissance ? L'asymétrie radicale de la relation entre soignant et soigné servirait-elle de socle à la tentation souveraine ?

Ce rapport à l'altérité nous renvoie parfois, il me semble, à notre impuissance qui pourrait nous faire céder à la tentation de la toute puissance.

⁵¹ B. LESAGE (2004), p.20.

⁵² G. BACHELARD (1957), p.94.

⁵³ R. ROUSSILLON in R. ROUSSILLON (dir.) (2014), p.600.

Aussi, selon Anne Luigi-Duggan, « Nous faisons jouer alors nos défenses les plus primitives et les moins souples. Le risque c'est la mise en place du jeu défensif de la toute-puissance et de la pulsion de maîtrise. Dans ce jeu celui qui pense qu'il peut tout s'acharne sur le corps et sa réparation (...) »⁵⁴.

Un jour après la séance, la psychomotricienne m'a mise en garde contre cela et surtout sur la nécessité d'adopter une attitude cohérente.

Ce jour là j'avais effectivement demandé à Agnès si elle voulait faire les percussions corporelles. Elle avait répondu non et parlé de la quille. Déconcertée par sa réponse et persuadée du bien fondé de mes choix thérapeutiques, je lui ai alors répondu que nous allions dans un premier temps faire les percussions et qu'ensuite nous jouerions avec la balle et la quille.

Mon attitude à l'égard d'Agnès fut ce jour là incohérente, puisque je lui demandais son avis et, dans le même temps, je lui spécifiais que finalement je n'en tenais pas compte.

Or, on sait à quel point la cohérence est une nécessité, que l'on soit parent ou soignant.

2.2.2. Adaptation à l'enfant : le caractère ludique

C'est finalement par le biais de l'imaginaire et du chant que j'ai pu captiver Agnès.

L'introduction du chant, en créant une enveloppe sonore, a permis de contenir les sensations perçues par Agnès et a permis de donner du sens grâce à l'aspect ludique.

Pour Armand Pijulet, « La musique est un langage universel. Elle comprend une dimension du langage, de la verbalisation et de la symbolisation extraordinaire et représente un excellent moyen d'expression de communication et d'échanges. Le chant en est la forme la plus finalisée et les comptines ont une fonction structurante et symbolique auprès des jeunes enfants qui sont fascinés par les formes ritournelles. »⁵⁵.

⁵⁴ A. LUIGI-DUGGAN, *loc.cit.*, p.21.

⁵⁵ A. PIJULET (2010), p.7.

J'ai alors adapté une petite chanson de mon enfance, que j'ai appelé « la chanson des éléphants » et en même temps que je chantais et lui racontais une histoire, je faisais les petites percussions dans son dos (les pas appuyés et lourds du papa éléphant, les pas un peu plus légers de la maman et les petits pas trottinants du bébé).

Cela lui a beaucoup plu et par la suite elle s'est mise à chanter avec moi. J'ai ensuite voulu intégrer d'autres parties du corps comme les jambes et j'ai alors intégré à l'histoire une petite souris que je faisais courir sur ses jambes (ma main symbolisant la souris).

Cela a permis de rendre plus concret le jeu avec les pinces à linge. Ainsi, lorsque j'accrochais une pince sur ses jambes je pouvais lui dire « tu sais c'est l'endroit où passe la souris quand on fait la chanson des éléphants », la renvoyant donc aux sensations ressenties au niveau de ses jambes lors des percussions corporelles.

« En créant du sens, nous prenons appui sur le contexte de l'ici et maintenant pour découvrir au cours de l'accompagnement que l'expérience que nous sommes amenés à proposer nous est « dictée » par la personne elle-même. »⁵⁶. Cette phrase de Geneviève Ponton est venue faire écho à cette situation rencontrée avec Agnès.

En effet, j'ai dû faire preuve d'adaptation pour parvenir à la faire adhérer à mes choix thérapeutiques et il a également été nécessaire que je trouve par quel moyen cela pouvait faire sens pour Agnès. C'est en rendant attrayantes les percussions corporelles que je suis parvenue à la captiver.

Aussi, pour Fabien Joly, « la psychomotricité est toujours une motricité ludique en relation »⁵⁷.

⁵⁶ G. PONTON (2012), p.132.

⁵⁷ F. JOLY (2000), in C. POTEL (dir.), p.25.

2.3. La dimension de l'invisible

Lors des séances avec Agnès, j'ai pu constater que l'espace arrière du corps était en mal de représentations (d'où ma volonté de faire les percussions corporelles sur son dos).

Itzhak Schein parle de dimension de l'invisible, pour désigner tout ce qui se trouve derrière nous et qui est à la base du développement de l'imaginaire.⁵⁸

A ce propos, le monde imaginaire d'Agnès me semble extrêmement restreint et pourrait être mis en lien avec cette absence d'accès à la dimension de l'invisible. Il m'apparaît alors que l'enfant qui n'imagine pas ce qui se trouve derrière lui, ne croit et ne pense que ce qu'il voit.

Cependant, Agnès peut quelques fois laisser aller son imaginaire. Par exemple, sa psychomotricienne me racontait que le vendredi lorsqu'Agnès s'amuse avec le lavabo, elle a un jour pu lui demander si elle voulait du *Coca*. La psychomotricienne lui a répondu en riant qu'elle préférait du champagne. Agnès, qui n'est pas dépourvue d'humour, a ri à sa blague.

Cette anecdote montre qu'Agnès est parfois capable d'utiliser le jeu symbolique mais ceci est extrêmement rare et assez pauvre en échanges : il n'y a pas d'allers-retours qui peuvent se poursuivre ou de manière très exceptionnelle. Ceci est beaucoup travaillé en orthophonie, ainsi que le discours « à propos ».

Nous avons donc vu ici le lien entre espace et imaginaire. Pour Itzhak Schein, intégrer l'espace c'est aussi « être capable de percevoir ses relations, se retrouver dans ses dimensions, réaliser que sa place dans ces dimensions est une place qui peut permettre le repérage. C'est essayer de comprendre d'une façon intellectuelle ce qui existe et puis le faire sien pour s'y retrouver. »⁵⁹.

Le travail que j'ai entrepris avec Agnès sur l'espace (espace relatif au corps propre et espace extra-corporel) semble avoir porté ses fruits car elle tente de plus en plus de se repérer et de nous repérer dans l'espace.

⁵⁸ I. SCHEIN (2006).

⁵⁹ *Ibid.*, p.15.

Ainsi pour Benoît Lesage, la construction et l'investissement de l'espace semblent liés dans un premier temps à la différenciation et au rythme dedans/dehors⁶⁰, ce que je vais maintenant développer en partant de mon expérience clinique.

2.4. Agnès : de l'illusion d'une peau commune à la différenciation ?

2.4.1. Dimension contenante et sensation-image d'une peau commune

Comme nous venons de le voir, il est donc très difficile pour Agnès de situer son dos et aussi de savoir ce qui se trouve dans son dos. J'ai instauré les percussions corporelles également dans cet objectif : la prise de conscience de l'espace arrière du corps.

Je me suis également rendue compte que si Agnès avait beaucoup de mal à faire la différence entre soi et non soi c'était sûrement en partie lié au fait que nous sommes toujours dans son dos, collée à elle, afin de la protéger du danger lié à ses pertes d'équilibre.

Agnès me fait ainsi souvent penser à un nouveau né de par son organisation tonique et sa dépendance à autrui pour la réalisation de ses besoins. Il me semble donc que cela n'est pas sans impact sur la construction de son Moi*.

Didier Anzieu dans son concept du « Moi-peau » parle de la dimension contenante⁶¹ des premières expériences tactiles vécues par le bébé. Cette contenance s'exerce par le *handling** maternel, décrit par Donald Woods Winnicott⁶².

Pour Anzieu, le bébé a au début de la vie la sensation-image d'une peau commune entre lui et sa mère. Cette illusion permet au bébé de ne pas vivre la

⁶⁰ B. LESAGE (2012), p.45.

⁶¹ D. ANZIEU (1985), p.124.

⁶² D.W. WINNICOTT (1987), p.92.

différenciation comme un anéantissement. C'est l'identification adhésive. Petit à petit, la peau va se dédoubler en deux feuillets. Cela se produit chez le bébé dès qu'il est assuré de ses frontières, c'est le processus d'individuation. Le fantasme de peau commune s'efface au profit d'un moi et d'une peau distincte.

Il me semble que pour Agnès ce fantasme de peau commune est parfois encore présent, témoignant d'une individualisation encore fragile. Ce constat se base sur de nombreuses observations cliniques. En effet, par le biais à la fois du discours et de la communication infra-verbale, Agnès nous montre souvent que cette individualisation n'est pas si évidente pour elle (elle peut par exemple dire de quelqu'un qu'il est malade alors qu'elle parle d'elle).

Je perçois cela comme un mécanisme de défense qu'elle met inconsciemment en place afin de protéger son intégrité psychique. En effet, en maintenant cette illusion de peau commune, Agnès évite de se confronter à sa propre réalité et donc à sa dépendance à autrui.

Il m'apparaît également que le corps à corps que nous maintenons, afin de parer à ses déséquilibres, la maintient dans ce flou. D'après ce constat, j'ai pu faire le rapprochement avec la *pathologie de l'écart* décrite par Didier Anzieu. « Cette pathologie, (...) se manifeste par l'absence ou l'insuffisance de l'aire transitionnelle et donc par l'absence ou l'insuffisance de sa conséquence, qui est la fantasmatisation. »⁶³.

J'ai donc souhaité au cours des séances me détacher d'elle, mettre de l'espace entre nous, tout en maintenant sa sécurité, afin de favoriser ce processus d'individualisation. Avec sa psychomotricienne, nous avons donc tenté début mars de placer Agnès dans un siège d'angle, le tronc étant maintenu contre le dossier par des sangles à scratch⁶⁴.

Ainsi, au lieu d'être collée contre elle dans son dos, je me retrouvais face à elle et nous pouvions alors interagir ensemble. Dans un même temps, sa sécurité était assurée. En effet, habituellement Agnès était peu dans l'interaction, laissant peu de place à l'autre, ou alors ses interactions se faisaient dans un collage extrême, comme quand elle mettait ses mains sur les miennes et me demandait d'applaudir ; maintenant cette fusion et cette sensation-image d'une peau commune décrite par Anzieu.

⁶³ D. ANZIEU, *op.cit.*, p.266.

⁶⁴ Cf. *infra*. Annexe III, p86.

Ce premier essai s'est très bien déroulé, sans aucune manifestation d'angoisse apparente et Agnès a pu pendant un court instant jouer avec nous. Ainsi, pour la première fois avec cette enfant, j'ai pu faire l'expérience d'une réelle motricité en relation, même si cela fut très bref (d'habitude, malgré mes sollicitations pour interagir avec elle, Agnès jouait seule, elle semblait dans sa bulle).

Lors des séances suivantes, Agnès s'est mise à réclamer le siège, ce qui m'a rassuré dans ma capacité à avoir pu maintenir une sensation de contenance psychique malgré une prise de distance physique.

Cette première expérience a également été très positive car Agnès a pu se positionner en tant que sujet désirant. En effet, Agnès ayant évoqué le rouleau en mousse, je lui ai proposé de jouer avec et elle a pu me demander de le rapprocher d'elle. Par cette demande, elle a clairement identifié un « je » et un « tu » (ce qui n'est pas chose évidente pour elle) et elle s'est positionnée en tant qu'actrice dans la relation.

J'ai pu en effet constater lors de ce stage que beaucoup d'enfants IMC ont beaucoup de mal à exprimer leurs besoins ou leurs envies de manière adaptée (par exemple, ils ne disent jamais si ils sont bien ou mal installés, ont du mal à exprimer leurs émotions ou leur ressenti...).

J'ai d'ailleurs constaté lors des séances suivantes qu'Agnès exprimait beaucoup mieux ses douleurs (par exemple, lorsque je l'installais dans son fauteuil elle a pu dire qu'elle avait mal à la jambe), comme si le fait d'avoir pu jouer ensemble tout en respectant la bulle intime de chacune, lui avait fait prendre conscience de sa propre corporéité.

2.4.2. Débats actuels sur la question de la différenciation

Cette question de la différenciation engage de nombreux débats, entre certains psychanalystes, qui considèrent qu'au départ il existe une confusion entre le bébé et son environnement et certains psychologues, qui considèrent

quant à eux que dès le début le bébé est en mesure d'identifier ce qui provient de lui et ce qui ne provient pas de lui.

Pour ma part, je rejoins un point de vue intermédiaire, celui de David et Golse qui considèrent que le problème est éclairé par la remarque selon laquelle :

« (...) les états de conscience du bébé ne sont pas stables et durables. Par moments il possède certaines capacités ; à d'autres moments, il ne les possède plus, sous l'action de certains mouvements pulsionnels par exemple, ou selon son état de fatigue. L'un des enjeux de la maturation est alors celui de la manière dont ces états sont rassemblés et unifiés en un sens de soi et de l'autre. En somme, la question est d'abord celle de savoir si ce que nous appelons un bébé, au sens d'une unité, existe bien, ou si les premières formes de la vie psychique ne nous confrontent pas plutôt à une 'nébuleuse psychique' »⁶⁵.

Le point de vue développé ci-dessus fait écho à des situations que j'ai rencontrées avec Agnès et où il m'a semblé, qu'en effet cette conscience et cette connaissance de soi n'étaient pas stables. Parfois, elle est tout à fait capable de nommer une partie de son corps et à d'autres moments elle en est incapable, reflétant le chaos de son monde interne et cette impression de « nébuleuse psychique » décrite chez le nourrisson par M. David.

2.5. De l'espace paradoxal à l'espace transitionnel

Isabelle Pascal-Cordier a décrit quatre types d'espaces rencontrés au cours de la relation thérapeutique, allant « d'un espace fermé, paradoxal (figure de l'exil) à celui de la transitionnalité, espace ouvert et structurant (figure de l'errance). »⁶⁶.

⁶⁵ M. DAVID et B. GOLSE cités par R. ROUSSILLON (dir.) (2014), p.44.

⁶⁶ I. PASCAL-CORDIER (2002), p.108.

Le premier espace, qu'elle nomme espace paradoxal « est un espace irréprésentable, sans dehors, ni dedans, sans frontières, ni limites. »⁶⁷.

Vient ensuite l'espace de séparation, qui marque « une distance, un écart pour que dans cette histoire chacun puisse exister. »⁶⁸. Puis, vient l'espace conditionnel, « Il n'y a toujours pas à ce moment là de lieu contenant, il n'y a encore qu'un trajet, mais celui-ci s'organise (...). Il commence aussi à y avoir trace d'une différenciation. »⁶⁹. Enfin, vient l'espace transitionnel, « (...) dans l'espace transitionnel, on peut jouer à se séparer et à rester fusionné »⁷⁰.

Avec Agnès, j'ai souvent eu cette impression d'espace paradoxal, tel que décrit par Isabelle Pascal-Cordier. J'ai essayé d'introduire auprès d'Agnès cet espace de séparation dans le but d'aboutir à un espace transitionnel. Je pense que nous n'en sommes pas tout à fait là mais que nous nous en approchons.

Ceci m'amène à faire le lien avec la notion d'intercorporité développée par Merleau-Ponty. En effet, cette dernière suppose qu'il y ait à la fois réversibilité et identité dans la différence (notion de chiasme)⁷¹ et c'est bien ce que j'essaie d'amener avec Agnès par des jeux d'espace et de densification du corps propre.

Ainsi, « (...) l'expérience de la spatialité est un chemin possible vers l'Être, une direction vers le sens de l'Être et, pour un enfant handicapé, vers un sens nouveau pour son être à lui ? »⁷².

Les troubles de la différenciation se manifestent donc au travers du corps et de l'investissement de l'espace, mais également au niveau de la temporalité, ce que je vais développer ci-dessous.

⁶⁷ Ibid., p.112.

⁶⁸ Ibid., p.115.

⁶⁹ Ibid., p.116.

⁷⁰ Ibid., p.117.

⁷¹ P. DUPOND (2001), p. 32.

⁷² B. FEUILLERAT (2011), p.213.

2.6. Temporalité et différenciation

Pour Jean-François Lyotard, l'usage des pronoms personnels et la capacité d'interchangeabilité des places pronominales du dipôle Je-Tu illustre une temporalisation et nous ramène également à la dimension visuo-spatiale dans laquelle deux corps ne peuvent occuper simultanément la même place. La question de la temporalité est ici présente car en s'adressant à tu, la personne qui dit « je » attends une réponse où les deux pronoms seront permutés⁷³.

La problématique de la différenciation chez Agnès se révèle donc également par la dimension temporelle du langage qui implique aussi une spatialité. En effet, Agnès utilise bien souvent « je » et « tu » de manière inappropriée. Il n'y a pas de permutation. Cette difficulté de différenciation entre soi et non soi, s'exprime ici par le langage et vient une fois encore illustrer les difficultés temporo-spatiales présentes chez Agnès.

Pour l'aider « à mettre de l'ordre » dans ce chaos, il s'agira pour le thérapeute de faire du lien, de donner du sens...

2.7. Relier les instants, inscrire les souvenirs dans une continuité

« Comment ne pas penser avec le philosophe que tout un chacun dispose d'une 'conscience intime du temps', que le temps informe a priori la sensibilité, que rien n'est plus familier à l'homme que son existence dans le temps ? (...) Mais ce n'est pas vrai pour tout le monde et c'est une surprise de l'expérience psychanalytique de s'apercevoir que le temps n'est pas une donnée immédiate de la subjectivité. La temporalité résulte d'une psychogénèse, celle-ci peut-être simplement esquissée et parfois *non constituée*. (...) Le découpage du temps, passé/présent/futur, a pour préalable l'existence d'une *continuité* d'être (Winnicott) »⁷⁴.

⁷³ J-F. LYOTARD cité par D. SCARFONE (2006), p.27.

⁷⁴ J. ANDRE (2009), p.121.

La perception du temps n'est donc pas une donnée innée, c'est quelque chose qui se construit au fil de nos expériences et des interactions précoces parent-nourrisson. La pathologie vient entraver ces processus de manière minimale, ou parfois de manière bien plus profonde et durable.

Les choses que l'on a vécues ne s'inscrivent pas telles quelles dans notre mémoire. En effet, nos souvenirs sont des éléments remaniés, de ce qui s'est réellement passé. Le cerveau à partir de toutes les informations qui lui sont parvenues essaie de créer du lien, un sens, à ce que nous avons vécu⁷⁵.

Cela me rappelle un jour en séance où je suis allée mettre un gilet car j'avais froid et Agnès m'a demandé « Tu sors Cécile ? ». Agnès a ainsi essayé de créer une cohérence, très probablement en faisant le parallèle avec une situation qu'elle a vécu (un de ses parents lui mettant une veste pour sortir...).

La composante émotionnelle joue également un rôle très important dans la reconstruction du souvenir⁷⁶.

Cet élément est d'ailleurs particulièrement prégnant chez Agnès chez qui la composante émotionnelle semble prépondérante. Ainsi, les événements qu'elle ressasse semblent toujours empreints d'une très forte tonalité émotionnelle comme lorsqu'elle nous dit : « Jacques m'a tapée », « Il y a des frites ce midi ? », « On fait le lavabo »... Ses interventions font soit écho à des événements à connotation négative, comme lorsqu'elle nous dit « Jacques m'a tapée », ou à connotation positive, reflétant l'expression d'un désir, comme lorsqu'elle demande si il y a des frites à la cantine.

Ses interventions semblent aussi parfois le reflet d'une angoisse, Agnès faisant souvent référence à la maladie comme lorsqu'elle nous parle de son kyste ou me demande à chaque séance si je vais me moucher.

Lors de ma toute première séance avec Agnès (j'étais alors plutôt dans une posture d'observation), elle m'a interpellée à de nombreuses reprises pour me demander si j'étais la stagiaire (cela lui ayant été expliqué en début de séance) ou tout simplement pour répéter mon prénom.

⁷⁵ J-C. AMEISEN (2014).

⁷⁶ *Ibid.*, p.212.

Je pense que ma présence devait la perturber et qu'elle avait besoin d'être rassurée mais aussi tentait-elle sûrement de créer du lien. Si je suis la stagiaire cela veut dire que je vais être là tous les jeudis avec elle...

Pour Jean-Claude Ameisen, « Ce qui s'inscrit c'est une première opération de *re*-liaison, de *re*-création, qui donne à l'expérience vécue l'impression d'une durée, d'une continuité dans le temps et une signification, l'équivalent d'un récit, d'une narration vécue- d'un *il était une fois*. »⁷⁷.

Agnès semble ne pas lier les instants entre eux, il s'agit donc de l'aider à tisser le fil, recoller les morceaux de sa propre histoire pour en faire un tout cohérent, qui ait du sens. Ainsi, pour Gaston Bachelard, « Il faut la mémoire de beaucoup d'instant pour faire un souvenir complet. »⁷⁸. Par exemple, tous les jeudis, lorsqu'Agnès me demande « On fait le lavabo Cécile ? », je dois l'aider à faire du lien.

Je m'appuie pour cela sur ma présence et par ce biais je tente de l'aider à trouver par elle-même le jour de la semaine. Ensuite, une fois qu'elle a pu se situer dans la semaine, je l'aide à faire le lien et à faire la différence entre la séance en individuelle et le groupe qui a lieu après.

Pour finir, une fois qu'elle est repérée dans le temps, je l'oriente sur le thème des actions et de l'espace (Que fait-on le jeudi, quand tu es avec la psychomotricienne et moi, dans la salle de psychomotricité ?). Agnès arrive alors toujours à se souvenir d'au moins une ou deux choses de la séance (en général ce qu'elle préfère : faire tomber la quille avec la balle).

⁷⁷ *Ibid.*, p.210.

⁷⁸ G. BACHELARD (1931), p.15.

Troisième partie. Donner du sens : la motricité, organisatrice de la perception

« (...) ce n'est pas parce que l'existant, le *Dasein*, a un corps qu'il est capable de se mouvoir ; c'est au contraire parce que l'existence est essentiellement mouvement qu'il peut s'incarner. »⁷⁹.

Max Aurières

3.1. Développement de l'enfant IMC

Le développement de l'enfant IMC est singulier pour plusieurs raisons. D'une part, il est plus lent que le développement de l'enfant dit « normal », d'autre part, il suit un cheminement anormal.

Ainsi, on observe un retard de développement mais aussi une anomalie de celui-ci, s'exprimant par des activités motrices particulières et des troubles de la posture (du tonus). De plus, des rétractions ou des déformations risquent d'apparaître, du fait de l'allongement des os au cours de la croissance et de l'allongement moindre des muscles spastiques.

Des spasmes intermittents peuvent également se développer, comme j'ai pu l'observer chez Agnès. Ainsi, lors d'une émotion forte, de soudaines poussées d'extension du corps vont se produire, avec une extension rigide de la nuque, du tronc et de la hanche.

L'enfant va compenser ces difficultés par l'utilisation du côté le moins atteint du corps et risque alors de développer un certain nombre de mouvements inappropriés.⁸⁰

⁷⁹ M. AURIÈRES, loc.cit., p.196.

⁸⁰ B. BOBATH et K. BOBATH (1985).

Mes observations cliniques rejoignent ce constat. Agnès utilise préférentiellement le côté gauche, même lorsqu'il s'agit d'attraper un objet à sa droite, ce qui a tendance à lui faire perdre l'équilibre.

En séance, nous privilégions au maximum la coordination bi-manuelle. En effet, Agnès peut se servir de son membre droit comme appui ou pour tenir un objet. Ainsi, nous faisons en sorte de la rendre la plus autonome possible et d'éviter les mauvaises postures et les mouvements trop coûteux ou inadaptés.

Pour Suzanne Robert-Ouvray :

« La pathologie neuromotrice nous montre que l'entrave ou l'arrêt des processus d'intégration motrice par atteinte du système tonique pourront entraîner soit une différenciation anarchique ou incomplète des deux champs moteurs et psychique, soit une reconstruction hasardeuse et difficile à gérer dans le futur, soit une dissociation précoce des deux systèmes, comme dans l'autisme. Le risque de démantèlement psychique trouve son correspondant moteur dans le risque de la non-coordination des parties du corps propre entre elles. »⁸¹.

Ainsi, en séance, nous essayons par exemple, de faire prendre conscience à Agnès de la globalité de son corps et de sa symétrie. Lors du jeu avec les pinces à linge, je vais donc en accrocher une sur chaque genou et verbaliser avec elle, en effectuant le parallèle avec les membres supérieurs.

J'ai également pu observer, que pour parvenir à nommer correctement les parties du corps concernées, il était nécessaire d'apporter à Agnès un maximum d'informations sensorielles. Ainsi, lorsque j'accrochais une pince à linge sur son pantalon au niveau de son genou j'effectuais dans le même temps une pression sur celui-ci, afin d'apporter un élément supplémentaire lui permettant de faire du lien et d'établir une cohérence entre les diverses informations provenant de ses sens.

⁸¹ S. ROBERT-OUVRAY, *op.cit.*, p.54.

3.2. La perception

La perception est une notion extrêmement complexe dont les mécanismes exacts demeurent encore incompris.

Elle peut être définie comme un « ensemble de mécanismes et de processus par lesquels l'organisme prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens. »⁸².

Certains auteurs, comme Alain Berthoz, vont plus loin et insistent sur le caractère sélectif de la perception.

Ainsi, pour Berthoz, «Le cerveau filtre les informations données par les sens en fonction de ses projets propres. Les mécanismes de cette sélection sont encore à comprendre : seules quelques formes de sélectivité sont connues. Autrement dit, il faut inverser complètement le sens dans lequel on étudie les sens : il faut partir du but que poursuit l'organisme et comprendre comment le cerveau va interroger les capteurs en réglant la sensibilité (...)»⁸³.

Nous ne réagissons donc pas à tout ce qui nous entoure, le cerveau sélectionne les informations pertinentes dans le but d'agir sur le milieu.

Von Uexkull, à travers le concept d'*Umwelt*, établit le lien entre perception et action.

« Chaque espèce découpe dans le réel un monde qui lui est propre et qui ne dépend pas seulement des capacités perceptives. Le grillon femelle a des capacités pour entendre des sons dont les fréquences varient de 13 Hz à 16 Hz, mais c'est seulement la stridulation d'un grillon mâle qui va entraîner son déplacement. (...) il existe pour chaque individu, dans le large spectre du perçu, un certain nombre d'objets qui peuvent entraîner une réaction. Cet ensemble d'objets découpe dans le monde physique un univers qui est spécifique de l'espèce. L'action détermine ce qui est perçu. »⁸⁴.

Il y aurait donc un lien entre la perception et l'acte moteur...

⁸² BLOCH *et al.*, cités par A-C. GALLIANO, I. SAGE, in J-M. ALBARET, F. GIROMINI, P. SCIALOM (dir.) (2011), p.127.

⁸³ A. BERTHOZ (1997), p.287.

⁸⁴ R. SOPPELSA in J-M. ALBARET, F. GIROMINI, P. SCIALOM (dir.) (2011), p.112.

3.3. La motricité comme élément de compréhension

Nous avons vu plus haut comment donner du sens en inscrivant les souvenirs dans une continuité, en créant du lien par le biais de l'étayage verbal. Je vais tenter d'expliquer ici comment cette mise en sens et cette compréhension du monde peuvent aussi se faire par le biais de la motricité qui va permettre d'organiser la perception. En effet, Agnès agit peu par elle-même et ne peut pas se déplacer de son propre chef.

Cela me questionne donc sur la manière dont elle perçoit le monde et notamment l'aspect tridimensionnel des objets. Ainsi, pour Julian de Ajuriaguerra :

« Le corps va représenter le point de référence et le moyen de créer cet espace orienté : d'une part point de référence, le tronc axe véritable 'ici', d'autre part moyen par les membres de saisir un espace tactylopolydimensionnel, par la kinesthésie oculaire d'appréhender l'espace optique et sa profondeur. Cet espace extérieur apparaît d'ailleurs déjà en préparation dans la simple motricité qui, comme l'indique Grun-Baum, 'possède le pouvoir élémentaire de donner un sens'. »⁸⁵.

Agnès, du fait de ses troubles moteurs et neuro-visuels, semble donc bien en difficulté pour appréhender l'espace. Avec la psychomotricienne, nous avons donc favorisé au maximum les déplacements et les expériences sensori-motrices.

En effet, selon Jean-Paul PES :

« Si il y a passivité, il n'y a construction ni de l'espace, ni du schéma corporel. Dans cette perspective psychophysiologique, espace et schéma corporel seraient deux versants d'une même et seule réalité. L'espace serait l'aptitude du sujet à utiliser son schéma corporel dans l'espace et le schéma corporel serait l'aptitude du sujet à se référer à l'espace ou être référent de

⁸⁵ J. de AJURIAGUERRA in F. JOLY, LABES G. (dir.) (2008), p.205.

l'espace. La motricité est organisatrice de la perception ; on peut se situer dans un espace dans lequel on peut agir. »⁸⁶.

Je ne peux parler de perception sans évoquer à nouveau Maurice Merleau-Ponty pour qui le rapport originaire du corps propre à l'espace ne peut se faire que dans le mouvement⁸⁷, établissant ainsi le lien fondamental entre schéma corporel, spatialité et motricité.

Brigitte Feuillerat établit, quant à elle, le lien entre mouvement, regard et intentionnalité. Pour cet auteur, en structurant l'espace l'être humain fabrique du sens. « Ainsi, le sujet va asseoir la spatialité par le mouvement de son corps. »⁸⁸.

Au début de la prise en charge, Agnès me laissait voir une motricité souvent désorganisée, le regard n'accompagnant pas le geste. Avec sa psychomotricienne, nous l'avons beaucoup incitée lors des séances individuelles à focaliser son attention sur la tâche à accomplir et aussi à fixer son regard. Ceci afin d'amener une réelle intentionnalité. Ce qui n'a pas été chose facile, car Agnès a souvent tendance à se détacher de la tâche en cours pour parler d'autre chose.

Cependant, elle a fait des progrès significatifs. En effet, même si elle fait encore beaucoup de digressions, elle est de plus en plus présente à ce qu'elle fait. Aussi, elle dirige de plus en plus son regard, par exemple, lorsqu'il s'agit de faire tomber une quille avec la boule.

Je dirais donc ici que c'est la perception qui organise la motricité. De mon point de vue, cela est valable dans les deux sens. Ce sont des allers-retours permanents, tantôt la motricité va permettre d'organiser la perception, tantôt la perception va permettre à la motricité de s'organiser.

Je donnerai pour expliquer cela un exemple concret. Prenons l'exemple d'un objet placé à deux mètres d'un sujet. C'est par un déplacement tout près de cet objet (donc par le biais de la motricité), que l'individu va pouvoir l'appréhender dans sa tridimensionnalité mais aussi par l'intermédiaire de la vision et donc de la perception que l'individu se fait de cet objet.

⁸⁶ J-P. PES (2007), p.109.

⁸⁷ C. DA SILVA (2005), p43.

⁸⁸ B. FEUILLERAT, *loc.cit.*, p.211.

Soucieuse de trouver des références théoriques venant étayer mes propos, j'ai trouvé dans la littérature des éléments allant, il me semble, dans le sens de mes observations. Ainsi, Alain Berthoz, en s'appuyant sur la théorie dite « des nœuds mentaux » de Mc Kay, avance qu'il existe des interactions entre perception et action.⁸⁹ Berthoz va même plus loin encore en avançant que :

« (...) la perception n'est pas seulement une interprétation des messages sensoriels : elle est contrainte par l'action, elle est simulation interne de l'action, elle est jugement et prise de décision, elle est anticipation des conséquences de l'action. (...) L'une des premières tentatives modernes de donner un rôle important au mouvement dans la perception fut celle de Lotze en 1852, affirmant que l'organisation spatiale des sensations visuelles résulte de leur intégration à un sens musculaire. »⁹⁰.

Berthoz considère même le sens du mouvement comme étant un sixième sens (illustrant sa théorie par l'exemple fascinant des enfants malvoyants qui jouent au basket).⁹¹

Pour conclure cette partie, je dirai finalement qu'il me semble que l'individu parvient à comprendre le monde, par le biais de la perception qu'il en a et qui dépend, pour partie, de l'intégrité de ses sens (le toucher, la vision, l'audition, le goût, l'olfaction et le « sens du mouvement »⁹² ou kinesthésie).

Or Agnès est en grande difficulté à ces différents niveaux (elle ne peut se déplacer par elle-même et elle présente de nombreux troubles sensoriels, notamment au niveau visuel), sa compréhension du monde et sa capacité à faire sens s'en trouvent donc perturbées.

La psychomotricité va alors favoriser, par la mise en mouvement du corps, l'expérimentation sensori-motrice et l'étayage verbal, la mise en relation des différentes informations provenant de ses sens pour qu'elles fassent sens.

⁸⁹ A. BERTHOZ, *op.cit.*, p.25.

⁹⁰ *Ibid.*, p15.

⁹¹ *Ibid.*, p.59.

⁹² *Ibid.*, p.31.

3.4. Du mouvement au geste

Henri Wallon insiste sur le fait de lier les mouvements entre eux, de donner du sens, un but, une intention, afin que le mouvement s'intègre dans la vie psychique ; qu'il y ait quelque chose d'une trace.⁹³

Ici, c'est bien du geste dont il est question. L'enfant, en fonction des conséquences de ses actions, va alors répéter et adapter son geste. C'est ainsi que se met en place le processus d'apprentissage, sous-tendu par le désir de l'enfant.⁹⁴

Il s'agira donc en séance de susciter l'intérêt de l'enfant, ce qui m'amène à la notion de plaisir dans le jeu.

3.5. La notion de plaisir en séance de psychomotricité

Selon Henri Wallon le geste en lui-même serait générateur de plaisir, « (...) le geste fonctionnel se double d'un certain plaisir, celui qui serait lié à l'exercice de la fonction. Mais cette notion n'est pas si simple qu'il peut sembler d'abord. Il n'y a pas de plaisir sans une sorte de conscience, dont il serait, par suite, nécessaire de déterminer quels sont le degré et la nature.»⁹⁵.

En outre, à la notion de plaisir, il rajoute celle de la conscience. Pour que le geste suscite du plaisir il est fondamental qu'il soit effectué avec une certaine attention portée à celui-ci.

Parfois, Agnès bouge mais sa motricité est totalement désorganisée, elle s'éparpille... Il semblerait justement qu'elle ne sache pas comment faire pour s'organiser afin d'atteindre le but souhaité. Notre but est alors de l'aider à trouver le chemin, engager avec elle le projet moteur.

⁹³ H. WALLON (2002), p.68.

⁹⁴ *Ibid.*, p.69.

⁹⁵ *Ibid.*, p67.

3.6. De l'acte moteur au plaisir du geste : applications thérapeutiques

Je demande systématiquement à Agnès en début de séance si elle veut marcher (pour aller jusqu'au tapis). En général, elle est très enthousiaste. Parfois, lorsqu'elle est fatiguée, elle demande à aller directement au sol.

Lors des déplacements debout, je la soutiens soit au niveau des hanches, soit au niveau des aisselles. Afin de rendre cette partie de la séance plus ludique, je propose souvent à Agnès de se déplacer en poussant un ballon et à l'arrivée de le faire rentrer dans des buts ou de l'envoyer à ma maître de stage.

Par ce biais, je travaille en même temps les notions spatiales, ou en fonction de la consigne, l'aspect relationnel du jeu. Cet exercice semble beaucoup plaire à Agnès puisqu'elle dit souvent en début de séance, « On va shooter dans le ballon ! ».

Une fois sur le tapis, je commence par les percussions corporelles. Au début, comme je le précisais plus haut, Agnès a eu beaucoup de mal à adhérer à ma proposition. Depuis que je fais les percussions sous une forme plus ludique (en chantant et en lui racontant une histoire), j'ai pu constater chez Agnès un certain plaisir : elle sourit et chante avec moi.

Ensuite, très vite, Agnès réclame la quille. J'installe alors Agnès dans le siège d'angle et lui demande de faire tomber une quille avec une balle à grelots (quand on bouge la balle cela fait bouger les grelots à l'intérieur, ce qui rajoute un étayage auditif à la perception visuelle).

C'est Agnès qui choisit où je place la quille, mais elle a souvent besoin d'aide pour préciser ses propos. En effet, elle a toujours tendance à répéter « au milieu », il semblerait qu'elle utilise ce terme en sachant qu'il est relatif à l'espace mais elle ne sait pas l'employer à bon escient. Ainsi, quand je lui demande de préciser, elle peut dire vers le radiateur ou alors me montrer l'autre mur ou bien ses pieds...

Ensuite, je l'encourage à penser son action et à organiser sa motricité. D'ailleurs, Agnès éprouve souvent le besoin de verbaliser : « Il faut que je me concentre », ou alors elle demande « Vous êtes prêtes ? », comme si elle se posait la question à elle-même. Puis, je lui demande comment elle compte s'organiser. Agnès arrive de mieux en mieux à comprendre comment se placer

en fonction de l'endroit où est placé la quille. Cependant, elle semble avoir toujours du mal à saisir que si ses jambes sont repliées (en position « assis-tailleur ») cela va entraver la trajectoire de la balle.

Lorsqu'elle arrive à faire tomber la quille, son visage s'illumine et elle nous demande systématiquement de l'applaudir.

Quatrième partie. Cadre thérapeutique et place du stagiaire.

4.1. Importance du cadre thérapeutique dans le contexte de la pathologie d'Agnès

La séance de psychomotricité s'inscrit dans un temps et un lieu spécialement dédié à l'enfant. Il fait office, selon Agnès Lauras, d'«enveloppe contenant au développement de la relation»⁹⁶.

Le cadre garantit une stabilité, une permanence, avec des règles bien précises et établies qui régissent la relation tout en laissant part à la spontanéité et à la créativité.

Par exemple, Agnès sait très bien qu'elle ne doit pas toucher aux affaires personnelles de la psychomotricienne, qui sont posées sur son bureau ou rangées dans les tiroirs. Agnès, de manière quasi-systématique, va tester le cadre. Presque à chaque fois, elle va ouvrir les tiroirs de son bureau et fouiller à l'intérieur, parfois en commentant, « C'est tes affaires. ».

C'est donc par le biais de ces règles et de ce cadre qui garantit une sécurité que la créativité et la spontanéité de l'enfant va pouvoir s'exprimer librement.

Voici un exemple concret venant illustrer mes propos :

Un jour Agnès était très perturbée car Jacques (un des enfants du groupe spécialisé) l'avait frappée. Elle ne cessait de parler de lui, d'autant plus qu'elle l'entendait parler de l'autre côté de la porte. Comme nous laissons toujours Agnès refermer la porte derrière elle, nous nous sommes appuyées sur cette stabilité du cadre pour lui expliquer que pendant la séance nous sommes seules avec elle et que Jacques ne peut pas venir l'embêter ; la porte fermée et la contenance créée par les murs de la salle (qui est assez petite) assurent sa sécurité.

⁹⁶ A. LAURAS, citée par C. BALLOUARD (2003), p.185.

Je lui ai ensuite proposé de mettre la musique, selon le même rituel que d'ordinaire, ceci afin de créer une enveloppe sonore permettant d'accentuer cet effet « bulle ». Ce terme me semble illustrer au mieux cet espace-temps si singulier dans lequel s'inscrit la séance de psychomotricité.

Pour qu'un cadre soit thérapeutique, il faut donc des conditions très concrètes qui sont des conditions d'espace : « pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps. »⁹⁷.

Il faut aussi des conditions de temps : « une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante (entre 45 minutes et 1 heure, selon les indications et le cadre) et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères. »⁹⁸.

Il est donc ici question, entre autres, de rythmicité des expériences, or le rythme est constitutif d'une base de sécurité car il est garant d'un sentiment de continuité. Parce qu'elle permet une anticipation des expériences et des retrouvailles la rythmicité soutient ainsi le développement de la pensée.⁹⁹.

Ainsi, lors du groupe *Corps et Musique*, nous racontons la même histoire durant trois séances consécutives. Aussi, le rituel de début et de fin de séance est toujours le même.

Ceci m'amène à faire le lien avec la notion de macrorythme et de microrythme développée par Daniel Marcelli. «Les macrorhythmes des rituels de soins sont organisateurs par la répétition qui les caractérise ; ils permettent la mémorisation, l'anticipation, la prévisibilité (...) Les microrhythmes, à l'intérieur des échanges interactifs, vont produire le ludique, supposent la surprise, l'inattendu, l'aléatoire, la tromperie. »¹⁰⁰, ces derniers parce qu'ils diffèrent légèrement de l'expérience passée vont venir renforcer la capacité d'attention et ensuite d'apprentissage.

⁹⁷ C. POTEL (2010), p.322.

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ R. ROUSSILLON, *op.cit.*, p.56.

¹⁰⁰ D. MARCELLI cité par R. ROUSSILLON, *op.cit.*, p.148.

Ainsi, les rituels de début et de fin de séance et le fait que nous répétons trois fois de suite la même histoire, peuvent être considérés comme des macrorhythmes, selon la définition de Daniel Marcelli. Bien souvent, avant même que l'on intègre le groupe, Agnès me chante la chanson du rituel de début de séance et elle me demande également à quel moment a lieu le groupe.

Pour Armand Pijulet, l'émergence du désir et de la capacité d'anticipation viennent témoigner de l'évolution et de l'inscription de l'enfant dans une temporalité où répétition et similitude constituent des éléments fondamentaux dans son aptitude à mémoriser¹⁰¹.

Malgré la répétition, chaque séance est unique et laisse toujours place à de l'inattendu, caractéristique des microrhythmes. Ceci se perçoit très nettement chez Agnès (et de manière générale chez les enfants du groupe spécialisé), en effet, dès que quelque chose la surprend ou attire son attention, un net recrutement tonique s'opère et son visage s'anime.

Comme je le précisais plus haut, le rythme est constitutif d'une base de sécurité car il est garant d'un sentiment de continuité. Ainsi, lors du groupe *Corps et Musique*, nous essayons, autant que possible, de maintenir les séances malgré les événements venant parfois « attaquer » le cadre.

Le siège d'angle, que j'ai introduit lors des séances individuelles, a ainsi permis de maintenir la continuité des séances lorsqu'une personne venait à manquer. Comme mentionné plus haut, les enfants de ce groupe, du fait de leurs troubles toniques, ne peuvent pas se maintenir seuls, il nous est donc arrivé d'annuler une séance par manque de personnel. L'utilisation de ce siège a alors permis d'améliorer la régularité de celles-ci et de ce fait favorisé le lien et la continuité thérapeutique.

Le cadre permet ainsi de garantir à l'enfant un espace de sécurité dans lequel il peut librement éprouver son corps et déployer toute sa créativité et son imaginaire.

Pour Catherine Potel, le cadre « c'est aussi et avant tout la disponibilité psychique du thérapeute qui va faire appel, à l'intérieur de lui, à

¹⁰¹ A. PIJULET (1999), p.43.

sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur. »¹⁰².

C'est exactement ce que je ressens avec Agnès lorsque j'accueille ses propos et que je tente de faire du lien, de créer une cohérence, par exemple lorsqu'elle dit que j'ai réalisé une action alors qu'en réalité c'est elle qui en était l'actrice (ou inversement).

Mais c'est aussi une garantie pour le thérapeute. Christian Ballouard précise à ce propos qu'«il est aussi solidité qui nous protège de sa 'folie', son angoisse et en le protégeant aussi des nôtres. »¹⁰³.

Après la séance vient le moment de transition où l'on sort de la salle et où l'on remet chaussures et appareillages et puis où l'on se dirige vers la cantine. Ce temps de transition vient symboliser la séparation et cette différenciation des espaces va venir soutenir un début de différenciation des espaces psychiques¹⁰⁴.

La pensée de Wilfred Ruprecht Bion est également venue faire écho à mon expérience clinique auprès d'Agnès. En effet, Bion parle de la fonction psychique de l'objet contenant maternant. Le bébé à la naissance est un être immature qui ne peut élaborer seul ses expériences. Il ne peut penser seul, il a besoin de l'autre pour penser à sa place. Le bébé confie ses éléments bruts, appelés éléments-bêta¹⁰⁵, à sa mère (ou à son objet maternant). En effet, la personnalité du bébé se trouve à ce moment-là dans un état chaotique et confus.

Pour que le vécu du bébé prenne sens, la mère doit accepter le contenu de son nourrisson, c'est-à-dire, être dans un état d'esprit réceptif ; c'est ce que Bion a appelé la capacité de rêverie maternelle¹⁰⁶. La mère va donc prêter son appareil à penser les pensées, c'est-à-dire recueillir les éléments-bêta, les transformer et les restituer en éléments-alpha pour ainsi donner sens au vécu émotionnel de son nourrisson.

¹⁰² C. POTEL, *op.cit.*, p.331.

¹⁰³ C. BALLOUARD, *op.cit.*, p.185.

¹⁰⁴ C. POTEL, *op.cit.*, p.332.

¹⁰⁵ W.R. BION (1979), p.25.

¹⁰⁶ R. ROUSSILLON, *op.cit.*, p.53.

Bion explique ainsi que « Les éléments-bêta sont emmagasinés mais, à la différence des éléments alpha, ce sont moins des souvenirs que des faits non digérés, alors que les éléments-alpha ont été digérés et par là même mis à la disposition de la pensée. »¹⁰⁷. Ainsi, le propre appareil à penser de l'enfant va pouvoir se construire peu à peu via l'objet maternant qui va transformer le vécu chaotique du nourrisson en un vécu d'intégration. C'est l'appareil contenant-contenu¹⁰⁸.

Le psychomotricien fait appel à cette fonction de rêverie maternelle. A l'image de la mère, le thérapeute va venir transformer les éléments-bêta, amenés par l'enfant, en éléments-alpha, qu'il pourra assimiler ; ceci afin de donner du sens à ses expériences.

La lecture de Bion est venue faire écho à mon expérience clinique auprès d'Agnès car à de multiples reprises la psychomotricienne m'a fait remarquer qu'il était nécessaire que nous prêtions à Agnès notre capacité de penser.

En effet, bien souvent Agnès dit des choses qui nous déroutent, lorsque nous l'interrogeons pour en comprendre le sens elle est alors incapable de nous expliquer pourquoi elle a dit cela. J'ai ainsi appris au fil du stage à lui prêter « mon appareil à penser les pensées », ceci afin de l'aider à mettre du sens, à clarifier ses idées.

En général, lorsqu'elle dit quelque chose qui me déstabilise car je n'en perçois pas le sens ou que j'aimerais être sûre d'avoir bien saisi ce qu'elle veut me dire, je formule plusieurs hypothèses et, à ce moment là, Agnès est capable de me répondre par oui ou non.

Je vais maintenant étayer mes propos d'un exemple concret :

Lorsque je pose une question à Agnès en lien avec l'exercice proposé elle répond très fréquemment « à côté », c'est-à-dire, qu'elle commence à parler d'autre chose (par exemple de l'absence d'un des enfants du groupe).

Je réitère ma question, mais devant son obstination, je me résous à tenter de comprendre pourquoi elle persiste à parler d'autre chose. Ainsi, Agnès ne semble pas en capacité de nous signifier lorsque quelque chose est

¹⁰⁷ W.R. BION, *op.cit.*

¹⁰⁸ W.R BION cité par R. ROUSSILLON, *op.cit.*

trop difficile pour elle ou qu'elle s'ennuie ; cependant quand je lui pose la question, elle est capable de me répondre.

Aussi, elle semble souvent préoccupée par des angoisses qui accaparent ses pensées et ne la rendent pas présente à ce que l'on fait. Mon rôle est alors de la rassurer, mais aussi de la ramener au cadre de la séance.

4.2. Place du stagiaire : réflexion sur la singularité du statut de stagiaire et de son impact sur la prise en soins

4.2.1. Trouver ma place en tant que stagiaire

Trouver ma place n'a pas été chose facile. En effet, au début de la prise en charge, Agnès me faisait bien comprendre mon statut d'étrangère.

Ma participation lors des séances s'est donc faite de manière très progressive afin qu'elle s'habitue à ma présence et l'accepte. Lors des séances individuelles, j'étais dans un premier temps en position d'observatrice.

Progressivement, la psychomotricienne m'a intégrée à la prise en charge en me proposant de tenir Agnès pendant qu'elles jouaient à s'envoyer un rouleau de l'une vers l'autre. Petit à petit, nous avons échangé les rôles. Ainsi, par la suite, la psychomotricienne s'assurait de maintenir la sécurité d'Agnès pendant que je jouais avec elle et menais la séance. Agnès a un jour dit à la psychomotricienne : « Tu as changé d'avis ? Tu n'es plus psychomot ? », cette dernière l'a rassurée en lui expliquant que j'avais fait beaucoup de choses avec elle pendant cette séance mais qu'elle restait sa psychomotricienne malgré tout.

Progressivement, Agnès s'est habituée à ma présence et dans le même temps, j'apprenais à interagir avec elle. En effet, Agnès m'a appris à repenser les modes habituels de communication et aussi à développer mes capacités d'adaptation.

Lors du groupe *Corps et Musique*, Agnès a alors commencé à me demander si je voulais me mettre avec elle.

Parallèlement à cela, en séance individuelle, elle cherchait moins à me provoquer et essayait au contraire de me faire plaisir. Ainsi, elle m'a plusieurs fois demandé en fin de séance : « J'ai bien travaillé Cécile ? ».

Petit à petit, j'ai donc fini par trouver ma place auprès d'Agnès, par me faire accepter et par accepter moi-même le fait que cette enfant fonctionne différemment de tous les enfants que j'avais pu rencontrer jusqu'à présent. Grâce à Agnès, j'ai donc appris à développer ma créativité, mon imagination et aussi mes capacités d'empathie.

La position de stagiaire, aussi enrichissante soit-elle, n'est donc pas évidente car nous ne sommes là que pour un temps...

La singularité de ce statut m'a alors interrogée, de même que son impact sur la prise en soins.

4.2.2. Particularité du statut de stagiaire et impact sur la prise en soins

Pour Christian Ballouard, le stagiaire se situe « à la fois au-dedans et au-dehors de la prise en charge, comme de l'institution. »¹⁰⁹.

Ainsi, Agnès me demande souvent « Tu étais dans une autre école Cécile ? », pour parler des jours où elle est dans l'institution et où je n'y suis pas. Le statut de stagiaire est donc particulier car il s'inscrit dans un espace-temps singulier et vient questionner le cadre (séance sans stagiaire/ séance avec stagiaire). J'ai souvent eu besoin de rappeler cela à Agnès, notamment lorsqu'elle m'interpelle pour me demander « On fait le lavabo Cécile ? » (chose qu'elle fait le vendredi avec la psychomotricienne et non avec moi).

Christian Ballouard avance également que le stagiaire peut apporter beaucoup dans la prise en charge. Par le biais de ses études et de son travail

¹⁰⁹ C. BALLOUARD, *op.cit.*, p.183.

personnel, il dispose de plus de temps pour se questionner. Le contexte de la formation est également particulièrement stimulant et pousse à la réflexion.

Le fait que le stagiaire se situe hors de l'institution lui donne également un certain recul.

La réflexion engagée dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, m'a ainsi menée à m'interroger sur la question de la différenciation en lien avec la problématique de l'espace-temps, très présente chez Agnès. J'ai alors instauré les percussions corporelles, le siège d'angle, etc. Toutes ces choses sont venues enrichir la palette d'expériences sensori-motrices proposées à Agnès et ont aussi contribué au maintien du cadre, en venant soutenir la continuité thérapeutique.

Pour finir, il me semble que la position de stagiaire est également singulière et différente de la position professionnelle, dans la mesure où, elle permet de développer des compétences au sein d'un cadre instauré. La psychomotricienne référente est garante d'un cadre (lieu, objectif, projet thérapeutique, alliance avec l'enfant, etc.), le stagiaire quant à lui, peut se développer en sécurité et être davantage disponible pour l'enfant.

Conclusion

Agnès est une enfant qui m'a souvent déroutée et auprès de qui je me suis souvent sentie impuissante, démunie... Les difficultés que j'ai pu rencontrer auprès d'Agnès m'ont appris à me remettre en question, à développer mon imagination et à être plus précise dans mes propos.

J'ai ainsi pu aider Agnès à mieux se repérer dans l'espace et le temps, ou du moins, à faire en sorte qu'elle s'y intéresse.

J'ai commencé par effectuer un travail sur le corps, passant par la prise de conscience et la connaissance corporelle. J'ai alors constaté des troubles de la différenciation soi/non soi, allant de pair avec des difficultés à jouer avec l'autre, à être en relation. C'est par la mise à distance physique et le jeu en relation qu'une distanciation psychique a pu se faire.

C'est également par le biais de la motricité et de l'étayage verbal que j'ai pu élargir la palette d'expériences sensori-motrices proposées à Agnès et ainsi lui permettre d'organiser sa perception, de faire du lien entre les événements...

Progressivement, deux choses me sont apparues fondamentales : donner du sens et relier les instants entre eux. En effet, les enfants sont particulièrement en recherche de sens et de satisfaction immédiate¹¹⁰. J'ai donc cherché à introduire du ludique en me questionnant sur ce qui pouvait faire sens pour Agnès.

Je me suis ensuite appuyée sur la question du cadre thérapeutique en psychomotricité, car j'ai pu vérifier que ce dernier apportait un étayage de la structuration spatio-temporelle.

Le cadre, par sa stabilité, sa rythmicité, sa fonction contenante, apporte un espace d'expression sécurisé et est vecteur de temporalité. Le siège d'angle, que j'ai introduit lors des séances, a notamment permis d'assurer la continuité

¹¹⁰ B. BETTELHEIM (1976), p.15.

thérapeutique. Les rituels de début et de fin de séance, la cohérence et la contenance thérapeutique ont également permis de maintenir cette stabilité du cadre.

Le travail engagé cette année a été bénéfique pour Agnès. En effet, elle a fait des progrès significatifs. Elle utilise mieux les termes relatifs au temps et nous questionne énormément sur la position des objets et des personnes dans l'espace. Ses gestes sont aussi plus précis et réalisés dans une meilleure conscience. En cette fin d'année scolaire, les confusions soi/non soi se font beaucoup plus rares.

Ma réflexion sur la place de stagiaire m'a également amenée à réaliser le rôle singulier de celui-ci, par tout ce qu'il peut apporter de nouveau, de par sa personnalité et la réflexion engagée dans le cadre de ses études.

Je n'envisage pas mon avenir professionnel sans la présence de stagiaires venant nourrir et actualiser ma réflexion. J'espère également que je pourrai leur transmettre mes connaissances, dans des échanges permanents, à l'image de ceux que j'ai pu avoir avec ma maître de stage et qui m'ont aidés à comprendre Agnès, à identifier mes réactions et à sans cesse réinterroger ma pratique et mes représentations.

Ce stage et les conférences auxquelles j'ai pu assister sur le sujet m'ont beaucoup interrogée sur le rapport à l'altérité et sur le devenir de ces enfants. En effet, l'accompagnement dans l'enfance me semble d'une grande qualité, mais qu'en est-il lors du passage à l'âge adulte ?

Bibliographie

- AJURIAGUERRA J. de, L'enfant et son corps, in JOLY F., LABES G. (dir.) (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Volume 1 : corps, tonus et psychomotricité*, Montreuil, Papyrus, p.197-215.
- AJURIAGUERRA J. de, STUCKI J-D., Troubles de développement du schéma corporel, in JOLY F., LABES G. (dir.) (2009), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Volume 2 : psychopathologie développementale et troubles psychomoteurs*, Noisiel, Papyrus, p. 285-304.
- ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P. (dir.) (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, De Boeck-Solal, 2013.
- ALEGRIA J., BARREAU H., BARUK S., BOUCHAREINE P. et al. (1983), *L'espace et le temps aujourd'hui*, Evreux, Editions du Seuil.
- ALONSO-BEKIER S. (2011), Quand la phénoménologie de la perception éclaire le psychomotricien, in *Évolutions psychomotrices*, volume 23, n°94, p. 185-188.
- AMEISEN J.C. (2014), *Sur les épaules de Darwin. Les battements du temps*, Arles, Actes Sud.
- AMIEL-TISON C., GOSSELIN J. (2009), *Démarche clinique en neurologie du développement*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- ANDRE J. (2009), *Les 100 mots de la psychanalyse*, Paris, Que sais-je ?, 2011.
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995.
- AUFERIL H., De BARBOT F., Le METAYER M., LEROY-MALHERBE et al. (2008), *Les infirmités motrices cérébrales. Réflexions et perspectives sur la prise en charge*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- AURIÈRES M. (2011), Regards croisés entre phénoménologie et psychomotricité, in *Évolutions psychomotrices*, volume 23, n°94, p.194-208.
- BACHELARD G. (1931), *L'intuition de l'instant*, Paris, Stock, 1992.
- BACHELARD G. (1957), *La poétique de l'espace*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004.
- BALLOUARD C. (2003), *Le travail du psychomotricien*, Paris, Dunod, 2006.

- BERTHOZ A. (1997), *Le sens du mouvement*, Paris, Odile Jacob, 2013.
- BETTELHEIM B. (1976), *Psychanalyse des contes de fées*, Paris, Pocket, 2014.
- BILLARD C., GILLET P., HOMMET C., JAMBAQUE I. (2005), *Neuropsychologie de l'enfant et troubles du développement*, Marseille, Solal.
- BION W.R. (1979), *Aux sources de l'expérience*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003.
- BOBATH B. et BOBATH K. (1985), *Développement de la motricité des enfants IMC*, Paris, Masson.
- CARRIC J-C. (2001), *Lexique du psychomotricien*, Paris, Greco.
- CHARPENTIER E. (2014), *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Paris, De Boeck.
- CROUAIL A., MARECHAL F. (2006), *Prise en charge globale de l'enfant cérébro-lésé. Troubles moteurs cognitifs et psychiques*, Paris, Masson.
- DA SILVA-CHARRAK C. (2005), *Merleau-Ponty le corps et le sens*, Paris, Presses Universitaires de France.
- DE LIEVRE B., STAES L. (2012), *La psychomotricité, au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Notions et applications pédagogiques*, Bruxelles, De Boeck, 2013.
- DUPOND P. (2001), *Le vocabulaire de Merleau-Ponty*, Paris, Ellipses.
- FERNANDEZ-ZOÏLA A. (1987), *Espace et psychopathologie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- FERNANDEZ-ZOÏLA A., SIVADON P. (1986), *Corps et thérapeutique. Une psychopathologie du corps*, Paris, Presses Universitaires de France.
- FEUILLERAT B. (2011), Psychomotricité, sens et être, in *Évolutions Psychomotrices*, volume 23, n° 94, p. 209-213.
- GUIDETTI M., TOURRETTE C. (2014), *Handicaps et développement psychologique de l'enfant, 3ème édition*, Paris, Armand Colin.
- GUIOSE M. (2001), Rétrospective des concepts de schéma corporel, image du corps et enveloppes psychiques, in *Évolutions Psychomotrices*, vol.13, n° 51, p.3.
- LACOMBE J. (2012), *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans. Approche théorique et activités corporelles*, Bruxelles, de boeck, 2013.

- LAPLANCHE J., PONTALIS J-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 2007.
- LAUZE M. (2002), De la construction du corps, in *Thérapie psychomotrice-et Recherches-n°129*, p.60.
- LESAGE B. (2004), Itinéraire pour un dialogue corporel structurant : quel corps, quel engagement, pour quelles structures de travail et avec quels outils ?, in *Thérapie Psychomotrice-et Recherches*, p.9-20.
- LESAGE B. (2006), Naître à l'espace : prémices d'une clinique élargie, in *Enfance et psy, n°33*, p.113-123.
- LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, érès.
- LUIGI-DUGGAN A. (1999), Du « jeu » dans le handicap. De l'impasse à la passe, in *Thérapie psychomotrice-et Recherches- n°120*, p.20-25.
- MAZEAU M. (1995), *Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant. Du trouble à la rééducation*, Paris, Masson, 1997.
- MAZET P., STOLERU S. (1988), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, 3ème édition, Développement et interactions précoces*, Paris, Masson, 2003.
- MERLEAU-PONTY M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 2009.
- NICOL M-C. (2011), *Intérêt d'une assise mousse « active » dans le projet de rééducation-réadaptation chez un enfant IMC de 8 ans*, mémoire de kinésithérapie.
- PASCAL-CORDIER I. (2002), Entre exil et errance ; de l'espace paradoxal à l'espace transitionnel, in *Thérapie psychomotrice-et Recherches- n°129*, p. 112-117.
- PES J-P. (2007), *Développer la conscience corporelle chez l'enfant de 3 à 7 ans pour une éducation à la santé*, Marseille, Solal.
- PIJULET A. (1999), Le point de vue du psychomotricien. L'inscription dans une temporalité partagée : la psychomotricité, in *Thérapie psychomotrice-et Recherches- n°spécial*, p.36-43.
- PIJULET A. (2010), Le psychomotricien et la musicothérapie, in *Évolutions psychomotrices, n°87*, p.4-11.

- PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod.
- PONTON G. (2012), La réorganisation de la conscience corporelle. Se construire vivant dans la durée. Rendre visible l'invisible, in *Thérapie psychomotrice-et Recherches- N° 169*, p132.
- POTEL C. (dir.) (2000), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, In Press, 2008.
- POTEL C. (2010), *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2013.
- QUEVAUVILLIERS J. (dir.) (2009), *Dictionnaire médical*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- REINHARDT J-C. (1990), *La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant*, Paris, Presses Universitaires de France.
- ROBERT-OUVRAY S. (2002), *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité*, Paris, Desclée de Brouwer, 2010.
- ROUSSILLON R. (dir.) (2014), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, 2e édition*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- SACKS O. (2010), *L'œil de l'esprit*, Paris, Seuil, 2011.
- SAMI-ALI M. (1990), *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Dunod.
- SAMI-ALI M. (1991), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod, 2010.
- SCARFONE D. (2006), Un temps sans mémoire : l'actuel et la production du passé, in CHOUVIER B., ROUSSILLON R. (dir.), *La temporalité psychique. Psychanalyse, mémoire et pathologies du temps*, Paris, Dunod, p.21-39.
- SCHEIN I. (2006), L'espace relationnel. Espace relationnel/espace de partage, in *Thérapie psychomotrice, n° 147*, p.13-16.
- VIDAL M. (1982), *L'infirmes moteur cérébral spastique. Troubles moteurs et orthopédiques*, Paris, Masson.
- WINNICOTT D.W. (1987), *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot, 1992.

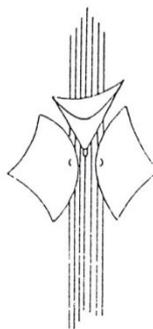
Annexes

Table des annexes

- I- Article sur les structures sonores Baschet.....p.80
- II- Tableau récapitulatif des acquisitions de l'enfant entre 2 et 10 ans.....p.84
- III- Photo d'Agnès en salle de psychomotricité, dans le siège d'angle.....p.86

I- Article sur les structures sonores Baschet.

le bulletin
de SSP
n° spécial
1993



**Les STRUCTURES SONORES
BASCHET à
l' Ecole Maternelle**

Les Structures sonores Baschet sont des instruments d'une conception tout à fait nouvelle, utilisant un principe acoustique simple : la mise en vibration du métal, provoquée par percussion, frottement, grattement, pincement ou en caressant des tiges de verre reliées à des masses métalliques.

L'instrumentarium, fruit d'une longue recherche pédagogique, réunit en 14 Structures une large palette de timbres et de gestes possibles. C'est un éventail de sonorités non classifiables, évoquant parfois des timbres asiatiques ou africains mais aussi rappelant certains sons que l'on peut rencontrer au synthétiseur.

Depuis 1982, notre association diffuse cet instrumentarium pédagogique, utilisé en milieu scolaire, centres culturels, milieu hospitalier... Peut être les avez vous déjà rencontrées lors d'un concert, d'une classe-animation à Saint Michel sur Orge, d'un stage en IUFM, dans une école ou encore au Musée en Herbe ou à la Villette ?.

Nombreux sont les enseignants qui travaillent avec l'instrumentarium et qui témoignent de leur satisfaction. Nous avons choisi de vous livrer deux points de vue de la pratique musicale à l'école maternelle :

• **Celui des institutrices**

Les Structures sonores Baschet, matériau adapté aux objectifs de l'école maternelle
Témoignages et évaluation
Brigitte Touiller et ses collègues -
Projet de circonscription de Vitry

• **Celui d'un musicien qui intervient
régulièrement à l'école maternelle**

La musique ce n'est pas que du son
Pierre Cuffini

• **En regard des textes officiels**

extraits des textes en vigueur à l'école maternelle
concernant l'écoute

• **Le point de vue des institutrices**

**Les Structures sonores Baschet,
matériau adapté aux objectifs de l'école
maternelle**

Il est rassurant que l'Ecoute tienne une telle place dans les textes officiels au regard de la place qu'elle tient dans la vie ! Mais pour un enseignant il est parfois frustrant d'avoir à développer toutes ces compétences chez l'enfant avec des moyens bien dérisoires.

Témoignage :

"De quoi disposons-nous dans nos classes de maternelle pour travailler l'Ecoute, le Sonore, le Musical avec nos 30 élèves ?

*Quelques comptines, quelques chansons, quelques tambourins, maracas ou autres petites percussions !!?...
Dur dur ! ça va déjà un peu mieux lorsque dans l'école existe une chorale et une sonothèque, ça va encore mieux lorsque la BCD comporte des ouvrages de Claire Renard*

Photo : Claire CHILDERIC



On vit un rêve lorsque le 1er PAE apporte un magneto et un micro dignes de ce nom. On s'envole quand le 2d PAE permet d'acquérir les cassettes de "l'Oreille en colimaçon"...

Et un beau jour on rencontre les Structures Sonores Baschet et leur équipe !!! Alors, là, les pédagogues que nous sommes n'en croient ni leurs yeux ni leurs oreilles ! On les voudrait à demeure, ces Structures Sonores Baschet ! On s'active de PAE en FAI, de FAI en projet d'école, de projet d'école en projet de circonscription ! C'est génial ! Enfin un matériel pédagogique (solide !) qui met le corps et l'oreille en action ! Enfin, un univers sonore original et adapté à l'exploration des 2-6 ans ! Enfin des activités ludiques et variées qui permettent d'exercer et perfectionner l'attention auditive et sociale des enfants ! "



Evaluation :

A l'issue de 3 semaines de mise à disposition d'un instrumentarium dans leur école, l'équipe d'enseignantes nous a fait parvenir l'évaluation suivante :

• Qualité d'écoute

Une première forme d'évaluation s'est faite spontanément au fur et à mesure que se déroulait la période des ateliers. La qualité et le temps d'écoute demandé aux enfants ont sensiblement augmenté entre les premières et dernières séquences, y compris chez les plus jeunes. Le déroulement des animations et le type de jeux ou de situations a lui aussi pu évoluer.

Les jeux proposés sur l'intensité et la résonance ont vite apporté des résultats. Le temps et la possibilité de chaque enfant à s'exprimer - et à être écouté par les autres - ont été d'autant plus importants (création de sons et de timbres).

• Réalisation musicale

Une seconde forme d'évaluation s'est imposée d'elle-même au cours de la dernière journée conduite par Pierre Cuffini, notamment pour les séquences des moyens et des grands : peu leur importaient de nouveaux jeux, il voulait donner à Pierre le fruit de leur recherche ! ... Ce qui a abouti au "gâteau de sons", c'est à dire la réalisation d'une pièce musicale, née d'un jeu aux consignes empruntées au vocabulaire de la pâtisserie.

• Pas de notes !

Nous tenons à préciser que nous avons exclu une troisième forme d'évaluation : l'évaluation systématique quantifiée des progrès individuels, tant cela semblait contradictoire et réducteur avec ce que proposent les Structures Sonores Baschet (et la démarche pédagogique défendue par Bernard Baschet et l'association SSP).

Sans compter qu'il aurait fallu procéder à cette évaluation sur la période de mise à disposition des structures, au détriment des animations !! ... autre contradiction !!

• Prolongements en classes

En fait, l'évaluation la plus probante se trouve dans les prolongements en classe. Chez les enfants comme chez les institutrices, nous constatons un meilleur taux d'écoute, une plus grande conscience du paysage sonore, une attitude positive vers le silence, qui sont autant d'étapes vers la maîtrise de l'espace sonore.

En voici quelques exemples donnés par les institutrices :

* Janine - classe des tout-petits

(2-3 ans)

l'institutrice obtient maintenant le silence (retour au calme, regroupement) en tapotant un petit objet en rythme pendant quelques instants ... tous les petits alors dispersés dans la classe se laissent gagner un à un par cette "mélodie".

Les enfants ont également pris conscience dans leurs jeux de leurs gestes producteurs-sculpteurs de sons : ainsi la cuiller contre le moulinet à eau qui tourne "fait de la musique comme avec Brigitte".

* Brigitte - classe de moyens

(4-5 ans)

obtenir le silence pendant les regroupements est beaucoup moins coercitif qu'auparavant, pour cela il suffit à l'adulte de capter un des "bruits perturbateurs" produit à ce moment-là par un enfant et de le reproduire, le faire reproduire par la classe (ex : pieds qui frottent sur la moquette / sur le sol).

Tous les jeux de frapper de mains se trouvent enrichis : il ne s'agit plus de varier le rythme seul mais aussi l'intensité ou les 2 paramètres à la fois.

Quant aux séances de motricité, elles sont enrichies par les nombreux bruits du préau polyvalent : ainsi le coupe-pain de la cantine scande-t-il merveilleusement la marche des robots !.

* Marie-France - classe de grands

(6 ans)

Dans le terrain situé à côté de la classe, une pelleteuse travaille depuis quelques mois, elle produit un signal sonore dès qu'elle recule : c'est seulement cette semaine que les enfants ont pris conscience de ce bruit qui les dérangeait dans la classe !.

L'institutrice a noté une évolution très nette dans la capacité d'écoute collective : il suffit qu'elle attende le silence devant le groupe pour l'obtenir en quelques minutes, c'était encore impossible début janvier : l'adulte devait alors couvrir les discussions des enfants pour réclamer leur attention.

Les Structures sonores Baschet réussissent donc la prouesse d'induire, puis installer chez les enfants comme chez les adultes une attitude par rapport au sonore, elles permettent une prise de conscience, voire une maîtrise, du (des) paysage(s) sonore(s) qui nous entoure(nt).

. Quelles compétences, au cycle 1, mettez-vous en jeu avec ce travail sur l'écoute, le sonore, le musical ?

Extraits des textes en vigueur parus en janvier 91 précisant les objectifs de fin de cycle - ici le C1. Ou comment le travail sur l'Ecoute, le Sonore, le Musical contribue au développement de l'Enfant et à l'acquisition plus "scolaire" de la Lecture.

CONSTRUCTION DE LA PERSONNALITE, ACQUISITION DE L'AUTONOMIE ET APPRENTISSAGE DE LA VIE SOCIALE.

Dans un milieu différent du milieu familial. L'enfant continue de construire sa personnalité et découvre la vie collective :

- Il affirme son autonomie dans l'espace par rapport aux objets, aux personnes :
- Il connaît son corps, adapte ses comportements à l'activité exercée et manifeste de l'aisance corporelle :
- Il adapte son comportement dans une situation ou il n'est pas seul :
- Il coopère, établit des relations de plus en plus nombreuses, reconnaît l'autre, l'écoute et le respecte :
- Il accepte et respecte le rythme et les règles de la vie collective, y compris ses contraintes et il comprend et accepte des jeux à règle :
- Il imagine et crée des histoires, des situations, des jeux, des objets :
- Il peut se situer délibérément dans le réel ou l'imaginaire :
- Il est sensible à des valeurs esthétiques et exprime ses préférences, y compris dans des productions.

CONSTRUCTION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX D'ESPACE ET DE TEMPS.

Au cours d'explorations d'espaces de plus en plus étendus, de plus en plus nombreux, l'enfant :

- Se situe dans le temps proche (le temps présent, la journée, la semaine), et commence à répéter des déroulements chronologiques différents :
- Situe les événements de la vie quotidienne les uns par rapport aux autres, soit qu'ils aient lieu dans un même temps et dans des lieux différents, soit dans un même lieu et dans des temps différents :
- Exprime le temps et l'espace (temps des verbes, adverbes, vocabulaires appropriés...).

COMPETENCES METHODOLOGIQUES.

MEMOIRE

L'enfant utilise sa mémoire à partir de situations familières, il s'exerce à retenir textes, histoires, chansons, poèmes, enchaînements...

METHODES DE TRAVAIL

Au cours du cycle des apprentissages premiers l'enfant apprend à fixer son attention, à observer, à se concentrer sur une tâche. (...)

TRAITEMENT DE L'INFORMATION

L'enfant identifie les informations données par ses sens.

- Il discerne des analogies, des différences (formes, couleurs, grandeurs, sons, bruits isolés ou dans un ensemble...).
- Il comprend et exécute une consigne

COMPÉTENCES DANS LE DOMAINE DE LA LANGUE

LANGUE ORALE

L'enfant doit pouvoir :

- Identifier des éléments de la langue parlée (sons...), les isoler, les reproduire (jeux de mots), les associer, les agencer (invention de mots...) :
- Formuler correctement des demandes ou y répondre :
- Dire et mémoriser des textes courts (comptines, poèmes...).

LECTURE

L'enfant doit pouvoir :

- Ecouter et comprendre un récit, ..., une règle du jeu... :
- Prendre conscience de la correspondance entre l'oral et l'écrit, isoler les mots d'une phrase simple, être capable d'identifier à l'oreille et à l'écrit des éléments simples composant un mot (syllabes, phonèmes) : les décomposer et les recomposer.

EDUCATION ARTISTIQUE.

EDUCATION MUSICALE

L'enfant doit être capable :

- de s'intégrer à des activités musicales collectives
- de jouer avec sa voix (parlée, chantée) et d'en explorer les ressources :
- de se repérer dans l'espace et le temps par des jeux chantés et dansés :
- d'être attentif au monde sonore, de discerner et de reconnaître quelques caractéristiques des sons (exemple : intensité, timbre, hauteur...) :
- De percevoir une relation entre activités de production et d'écoute :
- D'inventer des musiques, des chansons.

• Repères bibliographiques :

- "Le geste musical" et "Le temps et l'espace". Claire Renard Ed. Van de Velde

- "Formation d'éveil musical" Magali Viallefond Formation continue des instituteurs en éducation artistique au C.N.E.C

• Le point de vue de l'intervenant

Pierre Cuffini est musicien, responsable de la commission animation de l'association SSP. Il a suivi le projet de circonscription de Vitry depuis le début, en intervenant directement dans les classes au début, puis en maintenant un dialogue avec l'équipe d'enseignantes qui poursuivent seules le travail avec les structures sonores.

La musique, ce n'est pas que du son

Du sonore au musical

La pratique de la musique avec des enfants à l'école soulève bien d'autres enjeux que la seule réalisation esthétique d'une création sonore. La musique, ça n'est pas que du son. Et c'est indispensable d'en tenir compte dans chacun des dispositifs que l'on mettra en place avec les enfants. Certaines des meilleures séances de musique auront lieu ainsi sans un son, dans le rang, ou lors d'un déménagement... La journée foisonnant de ces instants, de ces manières excessivement musicales de vivre le temps, intégrées à la vie de l'école, les Structures sonores Baschet, de par leur potentiel peuvent servir de déclencheurs dans bien des domaines.

L'espace de la salle

La Musique, c'est d'abord un lieu, chargé de ses règles - intime ou froid - vaste ou étriqué. Qui invite au mouvement ou à tendre l'oreille. Un lieu avec son acoustique particulière et son environnement sonore propre. Le travail de l'écoute ne peut nier cette réalité. Mais c'est aussi ce que permet ce lieu. Les dispositions du lieu deviendront inductrices de situations d'exploration.

Une fois quitté ce lieu, les autres temps de la journée, les autres lieux auront aussi leurs images sonores - à présent conscientes.

L'objet

Les structures sonores Baschet sont un ensemble d'instruments pour le groupe ou un instrument pour soi. Un objet en 3 dimensions (ou peut être plus !) qui invite à la préhension.

Les instruments de facture traditionnelle ont développé une plastique la plus appropriée à un geste musical donné. Il nécessitent une technique, un apprentissage. Les claviers des Structures sonores Baschet ont été conçus pour permettre une grande liberté de jeu, d'improvisation. Ils ne sonne jamais " faux ", mais jouent sur des échelles de couleurs sonores variées, et des sons de hauteurs indéterminées.

Et parce que l'on ne joue jamais " faux ", on peut de plein pied entrer dans le musical et se confondre à jouer ensemble de la musique. Mais il y a aussi le plaisir du contact avec ces instruments, avec le son. Sur les Structures sonores Baschet, les sons et leurs nuances ne se perçoivent pas seulement avec les oreilles mais aussi en perception tactile à différents endroits du corps. Le son est palpable, l'expérience plus concrète plus globale.

Les différentes parties du clavier sont disposées pour inviter à explorer, varier les gestes, les timbres. Ses dimensions permettent à l'enfant de s'approprier l'objet.

Le geste

Le geste peut soit être vague comme celui d'un petit et le résultat sera déjà intéressant et riche, il peut être plus précis quand s'affinent de nouvelles exigences au cours du temps. Le son lui, restera fidèle au geste qui le produit : chaque geste produit un son qui lui correspond, chaque son est l'image d'un geste.

Le geste producteur de son est un acte jubilatoire. Cette motricité est une mesure corporelle du temps. Et c'est pourquoi, parfois, les enfants peuvent se repaître à volonté d'un geste répété - enchaîné - jusqu'à plus soif.

Ce mécanisme de plaisir physique est aussi un acte d'imprégnation. C'est un engagement corporel total dans le jeu.

Le groupe

Le fait de jouer ensemble impose des contraintes, les règles indispensables à la vie en groupe.

L'espace acoustique est commun à tous. Du sonore au musical, il devient un jeu.

Et même si quelques moments d'explorations "sauvage", peuvent avoir un effet cathartique bienfaisant, très vite il devient nécessaire de s'organiser-de tenir compte de ses voisins.

L'exploration peut aussi être guidée par le choix d'un inducteur commun ou d'une direction commune. C'est l'occasion d'isoler dans l'exploration un paramètre du son ou du fonctionnement du groupe et de jouer à le transformer, le nuancer. Il imposera alors ses propres limites. C'est aussi l'occasion d'échanger, de faire circuler, de dialoguer, d'imiter...

Puis le groupe c'est aussi une partie de musiciens et une partie d'auditeurs : jouer pour d'autres, écouter les autres.

C'est l'espace dans lequel la communication s'établit. Chaque dispositif de groupe induit des situations musicales différentes. Il suffit d'être vigilant et d'avoir des propositions adaptées aux pistes que l'on veut prendre et aux personnalités qui forment ce groupe.

S'exprimer

La musique c'est aussi de l'expression, il existe un lien intime entre le musicien et le son qu'il produit. Ce lien passe par le geste. C'est une part de soi très personnelle que l'on offre au collectif. Quand la communication s'établit, grâce à une écoute globale, l'émotion est présente.

Le social

La musique, c'est aussi un environnement social, une époque et ces cultures multiples dont nous sommes tous porteurs.

La collection d'images sonores, les sensibilités seront différentes d'un enfants à l'autre, suivant sa vie familiale, ses origines, son lieu d'habitation et les pratiques de son entourage.

La Musique est aussi très différente dans le cadre d'une école avec les Structures sonores Baschet qui orientent un choix délibérément contemporain. Avec une musique non pas à reproduire mais à laisser naître.

Directeur de publication: Bernard BASCHET. N° ISSN en cours
Contact : Hélène HOFFMANN - STRUCTURES SONORES ET PÉDAGOGIE.
11, rue Jean de Beauvais. 75005 PARIS Tél : (1) 43 26 52 09 - Fax : (1) 40 46 89 28
Directeur de publication: Bernard BASCHET. N° ISSN en cours Prix du numéro : 5 FF

B. Touiller, P. Cuffini (1993), Les structures sonores Baschet à l'école maternelle, *Le bulletin de SSP, n° spécial.*

II- Tableau des acquisitions de l'enfant de 2 à 10 ans.

TABLEAU DES ACQUISITIONS

ÂGES	SCHÉMA CORPOREL	STRUCTURATION SPATIALE	STRUCTURATION TEMPORELLE	LATÉRALITÉ
	connaissance des termes corporels	connaissance des termes spatiaux	connaissance des termes temporels	
De 2 à 3 ans	mains pieds nez yeux cheveux bouche oreilles dos ventre bras jambes tête	devant derrière sur sous dedans dehors grand petit en haut en bas	maintenant bientôt hier (= <i>c'est passé</i>) tout à l'heure (= <i>avenir proche</i>) demain vite doucement (= <i>lentement</i>) <i>Ces 2 mots adaptés à des personnes ou à des objets se déplaçant</i>	dominance oculaire fixe dominance membre inférieur
4 ans	dents joue front genoux épaules coudes cou pouce ongles lèvres talon menton	à côté loin près autour moyen couché (<i>horizontal</i>) debout (<i>vertical</i>) rond carré peu beaucoup	Je suis plus grand (= <i>plus vieux</i>) nuit jour	
5 ans	cils sourcils poignets narines	contre partout droit entier rectangle tourner entrer sortir	saisons : printemps été automne hiver	instabilité dans dominance manuelle
6 ans	chevilles	gauche (<i>sur lui</i>) droite (<i>sur lui</i>) penché au milieu demi gros fin monter descendre rouler seul ensemble	jours de la semaine lundi mardi mercredi jeudi vendredi samedi dimanche	dominance manuelle plus stable

TABLEAUX • 345

TABLEAU DES ACQUISITIONS (suite)

ÂGES	SCHÉMA CORPOREL	STRUCTURATION SPATIALE	STRUCTURATION TEMPORELLE	LATÉRALITÉ
	connaissance des termes corporels	connaissance des termes spatiaux	connaissance des termes temporels	
7 ans	hanches nuque pommettes	gauche et droite (sur autrui) losange plier tendre tirer pousser	jongle avec les jours de la semaine, les mois de l'année, l'utilisation du calendrier	
8 ans	mollets paupières avant-bras paumes	gauche droite (en face à face) long court différence entre contre et près	heure sur horloge	
9 ans		large étroit mince épais oblique notion de perspective		
10 ans	tempes		temps impersonnels, différents passés personnels et historiques	dominance latérale plus prononcée à droite

Ce tableau est donné à titre indicatif.

Il ne faut surtout pas parler en termes d'avance ou de retard pour un enfant ne se situant pas dans la tranche d'âge donnée. Mais ce tableau permet de voir une chronologie dans les acquisitions des termes, du vocabulaire.

Les termes donnés ici correspondent à ceux que l'enfant peut citer ou nommer face à des situations présentées dans la réalité (par exemple, on touche les yeux de l'enfant et il nomme cette partie du corps ; on place une balle sur la table et il doit dire où elle est située). Il est entendu qu'au point de vue latéralité, on ne va pas trouver des termes, mais des niveaux de maturation.

III- Photo d'Agnès en séance de psychomotricité, dans le siège d'angle.



Liste des sigles et abréviations utilisés

* renvoi systématiquement au glossaire en fin d'ouvrage (p.89-93).

Cf. supra p... = voir ci-dessus p...

Cf. infra p... = voir ci-dessous p...

Ibid. (= ibidem) = signifie dans le même ouvrage, précédemment cité

Loc. cit. = référence à un article déjà cité

Op.cit. = référence à un ouvrage déjà cité

Glossaire

Ataxie= troubles de la coordination des mouvements, au niveau des membres et du tronc, avec conservation de la force musculaire. L'ataxie peut se manifester dans la station debout (ataxie statique), dans la marche (ataxie locomotrice) ou lors de l'exécution d'un mouvement (ataxie cinétique). Elle touche la direction et l'amplitude du mouvement ainsi que le maintien postural¹¹¹.

Athétose= troubles moteurs caractérisés par des mouvements involontaires, incoordonnés, lents, de faible amplitude, prédominant aux extrémités, liés au dysfonctionnement des systèmes inhibant l'activité des motoneurones. Elle traduit une atteinte du système extra-pyramidal¹¹².

Cognition= connaissance, compréhension, raisonnement. Ensemble des processus psychiques participant à la réalisation d'une action à partir de son intention¹¹³.

Diplégie= paralysie bilatérale et symétrique touchant des parties plus ou moins étendues du corps¹¹⁴.

Empathie= degré de syntonie affective avec l'entourage¹¹⁵.

Epilepsie = affection chronique, aux causes multiples, caractérisée par des crises paroxystiques¹¹⁶ et récurrentes dues à des décharges excessives des neurones cérébraux associée éventuellement à diverses manifestations cliniques ou paracliniques¹¹⁷.

¹¹¹ J. QUEVAUVILLIERS (dir.) (2009), p.91.

¹¹² Ibid., p.92.

¹¹³ Ibid., p.206.

¹¹⁴ Ibid., p.282.

¹¹⁵ Ibid., p.312.

¹¹⁶ J-C. CARRIC (2001), p.62.

¹¹⁷ J. QUEVAUVILLIERS, op.cit., p.326.

État de mal épileptique= état caractérisé par une crise épileptique qui persiste suffisamment longtemps (crise prolongée) ou qui se répète avec des intervalles suffisamment brefs pour créer une condition épileptique fixe et durable¹¹⁸.

Gnosie= faculté permettant de reconnaître un objet ou un fait par l'un des sens (toucher, vue etc.)¹¹⁹.

Handling ou maintenance = c'est-à-dire la manière dont la mère « manipule » le bébé. La fonction de « maintenance » est une fonction « personnalisante ». Le rythme des soins, leur adéquation à ceux du bébé, l'harmonie de leur gestuelle, la manière dont ils respectent les données propres du bébé apportent leur première contribution au fait que le bébé puisse commencer à se sentir être « une personne »¹²⁰.

Hémiplégie= paralysie d'une moitié du corps¹²¹.

Holding ou portage= c'est-à-dire la manière dont la mère porte le bébé, le soutient. Cette fonction de contenance est ce qui permet au bébé de se sentir « unifié » et rassemblé à une époque où ses processus internes ne lui permettent d'assurer seul cette fonction, dans la mesure où ils ne sont pas encore intégrés¹²².

Leucomalacie= lésion de la substance blanche¹²³.

Moi= instance que Freud, dans sa seconde théorie de l'appareil psychique, distingue du ça et du surmoi*. Du point de vue topique, le moi est

¹¹⁸ Ibid., p.340.

¹¹⁹ Ibid., p.406.

¹²⁰ D.W. WINNICOTT, cité par R. ROUSSILLON, op.cit., p.48-49.

¹²¹ J. QUEVAUVILLIERS, op.cit., p.430.

¹²² D.W. WINNICOTT, cité par R. ROUSSILLON, op.cit.

¹²³ C. AMIEL-TISON, J. GOSSELIN (2009), p.10.

dans une relation de dépendance tant à l'endroit des revendications du ça que des impératifs du surmoi et des exigences de la réalité. Bien qu'il se pose en médiateur, chargé des intérêts de la totalité de la personne, son autonomie n'est que toute relative. Du point de vue dynamique, le moi représente éminemment dans le conflit névrotique le pôle défensif de la personnalité. Du point de vue économique, le moi apparaît comme un facteur de liaison des processus psychiques¹²⁴.

Motilo= appareil permettant à l'enfant cérébro-lésé de se déplacer de manière autonome en propulsion sur ses membres inférieurs¹²⁵.

Néonatal= qui se rapporte au nouveau-né¹²⁶.

Périnatal= qui se rapporte à la période comprise entre les dernières semaines de grossesse et le 7^{ème} jour après la naissance¹²⁷.

Phénoménologie= le mot phénomène provient du terme grec *phainomenon* et désigne ce qui apparaît, ce qui se montre en lui-même, le manifeste. Il renvoie au plan étymologique à *phainesthai*= être apparaissant- dérivé du verbe *phainô*= briller- apparaître-, ainsi, qu'à la racine *phôs*= la lumière. La phénoménalisation peut donc s'entendre comme rendre visible, faire venir au jour, mettre en lumière, éclairer¹²⁸.

Pieds bots varus équin= le pied bot est une déformation permanente du pied, comportant des rétractions tendineuses et aponévrotiques, associées à des malformations osseuses, de sorte que l'appui du pied sur le sol n'est plus normalement réparti sur la région plantaire. Il existe différentes classifications en fonction du type de déformation, le pied bot varus équin

¹²⁴ J. LAPLANCHE, J-B. PONTALIS (1967), p.241.

¹²⁵ M-C. NICOL (2011), p.15.

¹²⁶ J. QUEVAUVILLIERS, op.cit., p.628.

¹²⁷ Ibid., p.704.

¹²⁸ M. AURIERES, loc.cit., p.195.

désigne un pied en appui sur la pointe (équin) et en appui sur le bord externe (varus)¹²⁹.

Plasticité= propriété possédée par les éléments anatomiques et les tissus de se nourrir, de se développer et de modifier leurs formes selon les circonstances¹³⁰.

Praxie= l'expression neurologique des praxies est synonyme d'habileté motrice et désigne des systèmes de mouvement coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention¹³¹.

Prématurité= État de l'enfant prématuré. C'est-à-dire qui arrive avant terme. Se dit d'un enfant dont le poids de naissance est inférieur ou égal à 2 200g ou qui est né après une période de gestation de moins de 37 semaines¹³². La prématurité est un risque pour le cerveau du nouveau-né du fait des troubles respiratoires et hémodynamiques qui entourent souvent la naissance, d'une part, de la fragilité du tissu cérébral immature, d'autre part¹³³.

Psychomotricité= la psychomotricité représente l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques. Elle étudie la façon dont sont marquées dans le corps, un certain nombre de modalités évolutives des mécanismes des fonctions instrumentales et relationnelles. Le psychomotricien s'occupe du corps ou plus précisément de l'investissement de celui-ci. Son intervention se situe au niveau de l'unité de la personne et cherche à modifier l'attitude de celle-ci par rapport à son corps pour tenter d'établir, de rétablir, de maintenir et d'enrichir les rapports de l'individu avec lui-même, avec autrui et son environnement. Son

¹²⁹ J. QUEVAUVILLERS, op.cit., p.725.

¹³⁰ J-C. CARRIC, op.cit., p.130.

¹³¹ Ibid., p.133.

¹³² J. QUEVAUVILLERS, op.cit., p.758.

¹³³ C. AMIEL-TISON, J. GOSSELIN, op.cit., p.10.

domaine est donc celui de la vie psychique, à travers et par la mise en œuvre du corps en mouvement, en expression et en relation¹³⁴.

Spasticité= hypertonie due à la lésion des fibres pyramidales ou corticospinales directes et s'accompagnant d'une exagération des réflexes ostéotendineux¹³⁵.

Strabisme= défaut de convergence des deux axes visuels, un œil déviant de l'axe de fixation¹³⁶.

Sur-moi= une des instances de la personnalité telle que Freud l'a décrite dans le cadre de sa seconde théorie de l'appareil psychique : son rôle est assimilable à celui d'un juge ou d'un censeur à l'égard du moi. Classiquement le surmoi est défini comme l'héritier du complexe d'Œdipe ; il se constitue par intériorisation des exigences et des conflits parentaux. Certains psychanalystes font remonter plus tôt la formation du surmoi, en voyant cette instance à l'œuvre dès les stades préœdipiens (Mélanie Klein) ou du moins en cherchant des comportements et des mécanismes psychologiques très précoces qui constitueraient des précurseurs du surmoi (Glover, Spitz par exemple)¹³⁷.

Tétraplégie= paralysie des quatre membres¹³⁸.

Tétraparésie= de *tétra* : préfixe d'origine grecque signifiant quatre¹³⁹. Et de *parésie* : paralysie légère avec diminution de la force musculaire¹⁴⁰. La tétraparésie désigne donc une paralysie à minima, des quatre membres, accompagnée d'une baisse de la force musculaire.

¹³⁴ C. BALLOUARD, op.cit., p.3.

¹³⁵ J. QUEVAUVILLIERS, op.cit., p.867.

¹³⁶ Ibid., p.883.

¹³⁷ J. LAPLANCHE, J-B. PONTALIS, op.cit., p.471.

¹³⁸ J. QUEVAUVILLIERS, op.cit., p.918.

¹³⁹ Ibid., p.917.

¹⁴⁰ Ibid., p.961.

Résumé

Lors de mon stage de 3^{ème} année de psychomotricité en Institut d'Éducation Motrice, une enfant présentant des difficultés majeures de la perception et de l'intégration de l'espace-temps m'a particulièrement questionnée. Le corps, *véhicule de l'être au monde*, constitue notre point central de référence, c'est pourquoi j'ai choisi d'effectuer un travail passant par celui-ci, pour aider cette enfant à mieux se repérer dans l'espace et le temps. Cette petite fille, atteinte d'une tétraparésie spastique, a peu l'occasion d'agir par elle-même sur son environnement. A travers le concept de schéma corporel, j'ai privilégié les propositions spatiales, motrices et de prise de conscience du corps, dans le but de favoriser un vécu moteur et psychique plus harmonieux. Ce travail m'a ensuite amenée à aborder la notion de cadre thérapeutique, tel qu'il s'inscrit dans les séances de psychomotricité. Défini dans un référentiel spatio-temporel, garant d'un espace de sécurité, il est aussi vecteur de temporalité structurante pour l'enfant.

Mots-clés : Tétraparésie spastique, espace-temps, schéma corporel, différenciation, motricité, perception, cadre thérapeutique

During my third psychomotricity training year, while on field training at the Motricity Education Institute, I was particularly questioned by a girl suffering major difficulties while dealing with perception and space and time integration. Vehicle to the human being, the body is our central point of reference, for this reason, in order to guide this little girl towards a better orientation within space and time, I chose to conduct research with her focusing on the body. Suffering from Spastic Tetraparesis this little girl, has little opportunity to interact directly, herself, on her own environment. Following the Body Schema methodology, I favored spatial, motor and body awareness proposals. My goal was to develop a more harmonious body and psychological experience. This work led me to cultivate the therapeutic frame notion, as it applies in psychomotricity sessions. Defined in a spatiotemporal structure, warranting a safe environment, it also provides a structuring temporality for the child.

Key words: Spastic Tetraparesis, Space and Time Integration, Body Schema, Differentiation, Motricity, Perception, Therapeutic Frame