



HAL
open science

**Je ressens donc je suis : la représentation de soi altérée
par la déficience intellectuelle : le choix des médiations
sensorielles**

Perrine Pouts

► **To cite this version:**

Perrine Pouts. Je ressens donc je suis : la représentation de soi altérée par la déficience intellectuelle : le choix des médiations sensorielles. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359377

HAL Id: dumas-01359377

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359377>

Submitted on 2 Sep 2016

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.

Institut de Formation en Psychomotricité
Université Pierre et Marie Curie
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière
91, Bd de l'hôpital 75364 Paris Cedex 14



Je ressens donc je suis

La représentation de soi altérée par la
déficience intellectuelle : le choix des
médiations sensorielles

Mémoire présenté par

Perrine POUTS

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Pour la session de Juin 2016

Maîtres de mémoire :

Charlotte de LAURISTON, psychomotricienne

Anne-Claire MAUGARD, psychomotricienne

Florent VINCENT, psychomotricien

*« Aimer, c'est le bonheur ; haïr, c'est encore la vie ;
mais ne rien sentir, c'est le néant »*

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement ma maîtresse de stage et de mémoire Charlotte de Lauriston, pour son aide tout au long de l'année et la façon dont elle a su me pousser toujours plus loin dans mes réflexions.

Je remercierai également Florent Vincent pour l'accompagnement qu'il a eu auprès de moi l'année dernière et qu'il a accepté de continuer cette année, pour ses aides précieuses qui ont aiguillé ma culture psychomotrice.

Un grand merci à Anne-Claire Maugard qui m'a aussi donné de très bons conseils et son soutien extérieur.

Merci à tous les jeunes que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, qui m'ont permis d'évoluer auprès d'eux.

Merci à mes parents, toujours présents pour me soutenir et me conseiller dans mes choix de vie.

Enfin, merci à tout mon entourage, et tout spécialement à ceux qui m'accompagnent depuis le début de mes études et qui ont fait de ces années d'école le bonheur qu'elles représentent pour moi aujourd'hui.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
PARTIE THEORIQUE.....	10
I. La représentation de soi.....	11
A) Comment le Moi se construit-il ?	11
1. Ma mère et moi.....	12
2. Moi-tonique.....	13
3. Moi-peau	14
4. Moi sensori-moteur	15
B) Le schéma corporel	16
1. Définition	16
2. Les 4 périodes du développement du schéma corporel chez l'enfant.....	17
3. L'évaluation du schéma corporel.....	17
C) L'image du corps.....	18
1. Définition	18
2. L'évaluation de l'image du corps	19
3. Une dimension intégrative ?	21
II. L'intelligence et la déficience intellectuelle : quels liens avec le développement ?.....	21
A) L'intelligence.....	21
1. Les stades de Jean Piaget.....	22
2. Les stades d'Henri Wallon	23
3. Evaluer l'intelligence.....	24
B) La déficience intellectuelle.....	25
1. Définition	25
2. Critères et distinction avec la maladie mentale.....	26
3. Prévalence et causes	26
C) Déficience intellectuelle et psychomotricité	27
1. Sémiologie psychomotrice	27
2. Prise en charge psychomotrice	28

III. Les sens, outils médiateurs en psychomotricité.....	30
A) Systèmes sensoriels.....	30
1. Le système somesthésique.....	31
2. Le système visuel.....	33
3. Le système auditif.....	33
4. Le système labyrinthique (vestibulaire).....	34
5. Les systèmes chimio-sensoriels : le goût et odorat.....	34
B) Mécanismes sensoriels.....	35
1. Du récepteur au cerveau : quelles structures en jeu ?.....	35
2. Fonctionnement du cerveau : spécialisation hémisphérique.....	36
3. Spécialisation des différents lobes et cervelet.....	36
C) Quelles médiations sensorielles pour étayer la représentation de soi ?.....	38
1. Les médiations corporelles.....	38
2. La salle Snoezelen.....	38
3. L'approche sensori-motrice d'André Bullinger.....	39
4. La relaxation.....	39
5. L'expression des ressentis.....	40
 PARTIE CLINIQUE.....	 41
 I. Présentation de la structure.....	 42
A) L'Institut Médico-Educatif.....	42
B) La place de la psychomotricité et ma place dans l'IME.....	43
 II. Jean.....	 45
A) Anamnèse.....	45
B) Bilan d'observation initial et axes de prise en charge.....	46
C) Rencontre.....	46
D) Evolution au cours des séances.....	47
E) Bilan psychomoteur final et conclusion.....	48

III. Paul.....	50
A) Anamnèse	50
B) Rencontre et contexte de la passation.....	50
C) Bilan psychomoteur initial.....	51
D) Conclusion du bilan psychomoteur	55
E) Evolution au cours des séances	55
F) Bilan psychomoteur final et conclusion.....	57
IV. Le groupe de relaxation	59
A) Présentation, objectifs et moyens	59
B) Le cadre des séances.....	59
C) Présentation et évolution des adolescents.....	60
1. Kévin.....	60
2. Sophie.....	62
3. Chloé	63
4. Oriane.....	64
5. Sandra.....	65
DISCUSSION	66
I. Partir de la sensorialité	67
A) L'enveloppe sensorielle	67
1. Système somesthésique	68
2. Système visuel.....	71
3. Système auditif.....	72
4. Système labyrinthique (vestibulaire)	74
5. Systèmes chimio-sensoriels : le goût et l'odorat.....	74
B) Une perception propre à chacun.....	75

II. ... pour se différencier	77
A) Place de l'affect.....	77
B) La relation à soi : l'enjeu d'un corps sensoriel.....	79
C) L'apport du groupe.....	80
1. Une unité contenant et collective.....	80
2. Emergence du processus de différenciation.....	81
D) Etre seul en présence de l'autre	82
III. La place du psychomotricien	83
A) Un soutien corporel	83
B) Un soutien psychique	85
C) Un soutien qui nécessite une rythmicité	87
1. Rythmicité des conditions d'espace.....	87
2. Rythmicité des conditions du matériel.....	87
3. Rythmicité des conditions relatives au temps	88
4. Rythmicité de l'encadrement.....	88
CONCLUSION.....	90
BIBLIOGRAPHIE	91
ANNEXES	94
GLOSSAIRE	101

INTRODUCTION

Durant ma deuxième année de formation en psychomotricité, j'ai effectué un stage long auprès d'enfants qui présentaient des troubles légers de la motricité, sans déficience intellectuelle. J'ai alors beaucoup apprécié mon travail avec cette population, qui me rendait compte de la complexité du développement de chacun, en lien avec l'histoire personnelle.

J'ai donc décidé en troisième année de poursuivre avec cette population, et d'orienter mon stage vers des enfants et adolescents qui seraient sujets à des troubles plus importants et notamment des déficiences intellectuelles. Ce tableau clinique m'intéressait particulièrement car je voulais me rendre compte de l'impact que détient le cognitif dans le développement psychomoteur, et m'exercer à adapter au mieux mes prises en charge.

En arrivant à mon stage en Institut Médico-Educatif en Septembre 2015, j'ai alors découvert le mode de fonctionnement de tels patients. J'ai constaté que certains enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle, montraient notamment des troubles de la relation envers eux-mêmes et envers leur corps (manque d'aisance corporelle, difficultés de relâchements...). L'intérêt qu'ils semblaient porter envers les stimulations sensorielles faisait écho à un vécu personnel, qui m'a grandement fait réfléchir à l'intégrité de mon propre corps, et à la représentation morcelée que je pouvais m'en faire à ce moment de ma vie.

Cet évènement est arrivé au cours de l'été suivant ma première année de formation en psychomotricité, et avait suscité chez moi une grande peur : celle de ne plus avoir de représentation stable de moi-même, alors que je pensais qu'elle m'était nécessaire afin d'être un support physique et psychique pour mes patients.

La question de la sensorialité, au carrefour entre mon vécu personnel et ce terrain que je rencontrais alors, a guidé mon mémoire :

Comment la médiation sensorielle peut-elle aider des enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle à avoir une bonne représentation d'eux-mêmes ?

Cette question centrale mène à des interrogations plus précises :

Qu'est ce que la représentation de soi et comment y accède-t-on ? Quels impacts la déficience intellectuelle a-t-elle dans cette construction et en quoi travailler autour des sens peut s'avérer pertinent ? Finalement, quelle sera la place du psychomotricien dans cette prise en charge ?

Pour répondre à ma question centrale et aux interrogations qu'elle suscite, je m'appuierai d'abord sur une réflexion théorique. Dans cette première partie j'étudierai alors la façon dont le Moi se construit ainsi que ses représentations, que je suggère être un processus complexe. Je ferai ensuite le point sur les conséquences que provoque la déficience intellectuelle pour notamment voir si mes idées qu'elle freine l'interaction et la relation à soi sont avérées. Je réfléchirai par la suite à diverses médiations sensorielles.

Je vous ferai ensuite part de mon expérience clinique, en vous présentant la structure de mon stage, ainsi que Jean¹, Paul, et un groupe de relaxation que j'ai eu la chance de suivre au long de l'année. Je vous exposerai pour chacun d'eux une présentation ainsi que leur évolution, avant de faire un lien plus évident avec ma théorie dans une dernière partie.

Cette dernière partie mêlant mes réflexions théoriques et cliniques me permettra de discuter de l'accompagnement sensoriel auquel j'ai pu réfléchir particulièrement, puis j'aborderai la façon dont la prise en charge aide à la relation à soi. Enfin, je me questionnerai sur la place du psychomotricien et la mienne, future professionnelle, dans ce cadre thérapeutique.

¹ Pour des raisons de confidentialité, les prénoms de mes cas cliniques ont été changés.

PARTIE THEORIQUE

I. La représentation de soi

Si l'on s'intéresse dans un premier temps à la définition même de la représentation, on trouve en psychologie qu'il s'agit d'une « perception, image mentale, etc. dont le contenu *se rapporte* à un objet, à une situation, à une scène etc. du monde dans lequel vit le sujet »².

Nous voyons dès lors que la représentation est une mise *en rapport*. Il s'agit de mettre du sens sur l'objet, la situation, la scène en question. De la même façon qu'on ne comprend pas une langue étrangère sans connaissances préalables, les représentations nécessitent un processus d'apprentissage.

Citons à présent Carl Gustav Jung pour nous éclairer sur la notion du « Moi » : « le Moi est l'expression psychologique de la combinaison solidement associée de toutes les sensations communes du corps »³. Notons ici que diverses études psychanalytiques ont tenté de faire la distinction entre le Moi et le Soi. Retenons que le Moi est une représentation de soi de plus en plus élaborée, issu des différents ressentis corporels. Nous ne nous attarderons pas ici à les expliciter davantage, ces notions étant finalement assimilables pour notre réflexion.

La représentation du Moi serait alors la représentation, l'idée mentale que l'on se fait de nous, et résulterait de l'intégration complexe des vécus psychosensoriels.

Comment alors la prise d'informations externes et internes, à partir des sensations, va-t-elle permettre au nourrisson d'accéder à la représentation de son Moi ?

A) Comment le Moi se construit-il ?

Sigmund Freud (1856-1939) signale déjà en 1923 que « le Moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface »⁴, en précisant : « le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut donc être considéré comme une projection mentale de la surface du corps »⁵. Pour que l'enfant puisse lier l'organique au psychique et ainsi se représenter lui-même, le Moi s'appuie donc sur une perception globale du corps, ce que Freud S. nomme le « moi corporel ». Cette vision nous informe alors que le corps et son vécu externe sont au centre de la construction interne du Moi. Freud ajoute qu'« à ces élaborations s'ajoute le fait que le Moi est constitué d'identifications »⁶. Quelles sont alors ces identifications à partir desquelles l'enfant pourra se baser pour se construire son propre moi ?

²Site source : Larousse en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/representation/68483>, consulté le 25.02.2016

³JUNG C.G, 1906, p 55

⁴FREUD S., 1923, p238

⁵FREUD S., 1923, p238 ; *cette note fut ajoutée à la traduction anglaise de 1927 avec l'autorisation de Freud*

⁶LAGET A., 1995, p63

1. Ma mère et moi

Donald Woods Winnicott (1896-1971) insiste particulièrement sur le rôle essentiel que tient la mère lors du développement du jeune enfant, mais elle passerait par différents stades.

Dans un premier temps, elle serait dans une « préoccupation maternelle primaire », qui est un état qui lui permet de se mettre à la place de son enfant et de répondre à ses besoins. L'enfant est alors dans une illusion de fusion totale avec sa mère : Winnicott D.W. parle de « dépendance absolue », tant pour la vie physique que psychique de l'enfant.

René Roussillon (né en 1947) revient beaucoup sur les travaux de Winnicott D.W., et ajoute qu'au-delà de cette dépendance absolue, l'enfant est dans l'illusion que tout *provient* de lui. Roussillon R. parle alors de « narcissisme primaire », terme repris d'une théorie freudienne : l'enfant se croit l'auteur de sa satisfaction. La théorie du « trouvé/créé » menée par Winnicott D.W. était cette pensée : l'enfant trouve dans son champ perceptif (monde externe) ce qu'il a créé dans son monde psychique (monde interne) quand la mère répond correctement à ses attentes. Hallucination et perception sont alors confondues. La mère s'apparente alors à un objet « double de soi », et tient à ce titre un rôle miroir (Winnicott D.W.) : « quand le bébé regarde le visage de sa mère, c'est lui qu'il voit »⁷. C'est grâce à cette fonction de reflet que l'impuissance et la dépendance première sont rendues tolérables.

Winnicott D.W. poursuit : par la suite la mère doit devenir « suffisamment bonne ». Elle introduit peu à peu des temps de latence avant de répondre aux besoins et n'est donc plus une mère totalement idéale du point de vue de son enfant. Les frustrations dues à l'attente rencontrées par ce dernier le mènent au stade du « détruit/retrouvé » (Roussillon R.) : la mère est détruite dans la vie fantasmatique de l'enfant alors qu'elle est toujours présente dans le monde perceptif. Ce contraste permet la différenciation entre le Moi et le non Moi du bébé qui va alors se libérer de l'état de fusion avec sa mère pour accéder à un état d'indépendance. Il va découvrir le « sentiment continu d'exister » (Winnicott D.W.) avec ses propres limites corporelles qui lui permettront d'être un Moi unique et de se construire une représentation de lui-même. Roussillon avance que le plaisir vécu lors des échanges de portage va dorénavant se partager entre les objets extérieurs et le Moi : c'est l'entrée dans le « narcissisme secondaire ».

En somme, l'enfant intègre un Moi corporel à partir du vécu *via* sa mère. Pour que l'intégration psychique soit efficiente, la réponse aux besoins ne doit pas être excessive et nécessite d'introduire des temps de latence.

⁷ WINNICOTT D.W., 1975, p112

Retenons alors les trois grandes fonctions maternelles que Winnicott D.W. avance :

- le « holding », qui correspond au fait de tenir, maintenir, soutenir l'enfant tant au niveau physique que psychique. Cette fonction va permettre au bébé de se sentir unifié.

- le « handling », qui se rapporte à la façon de manipuler l'enfant lors des soins quotidiens de toilette, d'habillage, mais aussi caresses et autres échanges cutanés. C'est une fonction personnalisante : l'enfant se découvre comme une personne.

Grâce au handling et au holding, il va peu à peu intégrer son enveloppe corporelle déterminant les limites entre le Soi et le non Soi : c'est la « fonction contenante » (terme d'Esther Bick, 1967).

- l'« object presenting », qui se rapporte à l'ajustement adéquat de la mère aux besoins de l'enfant – ni trop répondre, ni pas assez, pour permettre à celui-ci d'avoir un développement harmonieux en interaction avec son environnement.

Dans le vécu au quotidien, l'enfant reçoit donc des stimulations qui étayent son développement perceptif et affectif. Mais son évolution dépendrait également du développement neurophysiologique : c'est là l'apport d'Henri Wallon, qui insiste particulièrement sur la nécessaire acquisition d'une bonne régulation tonique.

2. **Moi-tonique**

Wallon H. avance en effet l'idée que le tonus est à la base de la vie psychique, et le précurseur des émotions et de l'intelligence. L'équilibre tonique fournit alors une stabilité nécessaire pour appréhender le monde des objets et donc développer ses représentations. André Bullinger (1941-2015), dans la continuité des idées de Wallon, offre une grille de lecture du tonus, lui attribuant quatre facteurs de régulation :

- le niveau de vigilance : où chaque état de vigilance serait caractérisé par un état tonique spécifique et une sensibilité différente aux stimulations externes.

- les flux sensoriels : « Généralement, une variation du flux sensoriel, si elle n'est pas reliée soit à un autre flux, soit à des sensations issues de la sensibilité profonde, entraîne un recrutement tonique »⁸.

- le milieu humain : le dialogue tonique : le dialogue tonique est une théorie décrite par Wallon H., puis reprise par Julian de Ajurriaguerra (1911-1993) et par Bullinger A.. Elle désigne l'ensemble des échanges entre la mère et l'enfant, qui sont modulés par leur qualité et par les réponses réciproques du parent et de l'enfant. Il s'agit d'un véritable accordage entre les postures et les états toniques des deux sujets qui sont tous deux actifs, et qui reposent sur les contacts peau à peau. Le bébé, acteur, s'humanise, en tant qu'il utilise un code commun à ceux qui le portent.

⁸ BULLINGER A., 1998, p32

- le milieu humain : les représentations. « Au-delà de la régulation tonique, l'échange avec autrui participe à la mise en forme du corps du bébé, ce qui l'amènera à se reconnaître en autrui »⁹. C'est la coordination entre les effets internes de la régulation tonique et le partage avec le milieu qui permet au bébé de se représenter peu à peu les frontières de son corps. Bullinger A. emploie le terme de « fonction proprioceptive » pour définir la coordination entre la modalité sensorielle somatique qui renseigne l'organisme sur la position et les mouvements du corps (la proprioception) et les flux sensoriels externes. La détection des covariations entre différentes boucles sensori-motrices permet alors de constituer une première enveloppe corporelle, et notamment la face interne de cette enveloppe, là où le dialogue avec autrui va en assurer celle de la face externe.

Cette réflexion rejoint le concept de Moi-peau de Didier Anzieu, qui s'est attaché à étudier les rôles de la peau, véritable enveloppe corporelle et psychique.

3. Moi-peau

La notion du Moi-peau découle d'une pensée freudienne qui décrit les fonctions corporelles comme se construisant en amont des fonctions psychiques. Le Moi-peau serait « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi-contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps »¹⁰. Ce sont les sensations qui apportent à l'enfant un contenant organique (la peau contient les organes, tissus et tous les os), psychologique (le Moi contient les sensations, les émotions, les actions, les fantasmes), et intellectuel (le Penser contient les pensées, les représentations). La peau serait alors la structure première du corps qui permettrait la genèse de la pensée. Anzieu D. donne huit fonctions au Moi-peau :

- La fonction de maintenance : le Moi-peau intériorise le maintien qu'offre le portage maternel pour le transformer en portage interne ; l'axe de la colonne est intégré en tant qu'arrête solide pour le redressement psychique et physique.

- La fonction de contenance, illustrée par l'image d'une enveloppe sensorielle (sonore, tactile, vestibulaire, *etc.*) émergeant des soins maternels. Cette expérience apportera au nourrisson le sentiment d'unité et de continuité.

- La fonction de pare-excitation, qui permet de réguler les stimulations internes et externes afin que celles-ci ne soient pas excessives. Le Moi-peau va permettre progressivement à l'enfant d'assurer lui-même cette fonction de filtre.

- La fonction d'intersensorialité, en rapport avec la surface psychique que constitue la peau, et qui relie toutes les modalités sensorielles entre elles.

⁹BULLINGER A, *Ibid*

¹⁰ ANZIEU D., 1985, p 61

- La fonction de soutien de l'excitation sexuelle, liée à l'investissement libidinal de la peau de l'enfant par la mère. Le plaisir est réciproque, entre la mère qui prend plaisir à s'occuper de son enfant et l'enfant qui découvre le plaisir du toucher, prémisse à l'auto-érotisme futur.

- La fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique, qui s'étaye sur la stimulation du tonus sensori-moteur de la peau. Il y a maintien de la tension énergétique interne qui signale une tension du Moi adaptable au milieu environnant.

- La fonction d'inscription des traces sensorielles, qui relate la fonction que détient la peau à nous fournir des informations et à donner sens à notre environnement.

- La fonction d'individuation, qui « apporte [à l'enfant] le sentiment d'être un être unique ». Le Moi-peau est à la base de l'individualité et de l'émergence de Je.

Les idées de D. Anzieu confirment donc l'idée d'une base corporelle à l'origine de l'émergence de la pensée et des représentations. Avoir un corps suffit-il alors à accéder à son Moi ?

4. Moi sensori-moteur

André Bullinger signale la nécessité d'une *construction* du Moi dans la citation suivante : « habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importantes à laquelle est confronté le bébé dans son développement ». On voit dès lors qu'il doit y avoir un cheminement, une action à la fois active (« habiter ») et contrainte (« à laquelle est confronté le bébé ») par le milieu, pour accéder aux représentations. L'organisme est ensuite défini par Bullinger A. en tant que réalité matérielle de notre être, un objet du milieu comme un autre, dont les fonctionnements seraient biologiquement déterminés. Le corps quant à lui serait la représentation psychique de l'organisme, instable car transformable en fonction des interactions entre l'organisme et le milieu. Pour se construire, l'enfant reçoit donc des stimulations – l'organisme dans son milieu - mais doit interagir avec son milieu, être acteur – en faire un corps.

Il ne s'agit dès lors pas *d'avoir* un corps, mais *d'être* un corps pour être un Moi.

Mais alors, comment se représenter ce corps, *mon* corps ?

La représentation du corps repose selon Florence Reinalter-Ponsin sur « une activité de représentation globale qui donne sens aux perceptions sensorielles et l'inclut dans une résonance affective »¹¹. Elle sera alors l'appropriation des expériences psychocorporelles, grâce aux capacités cognitives et motrices, aux émotions, et dans la relation à l'autre. Elle nous permet de nous faire une idée globale de notre corps.

¹¹ REINALTER PONSIN F., 2011, p 202

Le corps devient alors sujet, lieu des perceptions, des émotions, des pensées, ... c'est mon corps et non pas seulement un corps. Il se construit et s'intègre dans l'espace grâce au mouvement, qui étaye la perception unifié et propre du corps de chacun. La fonction de représentation est alors sous-tendue par l'expérience perceptive de la motricité. C'est l'accordage entre l'intentionnalité du geste et l'adaptation du corps à cette intention qui en permettront une bonne représentation.

En psychomotricité, nous retiendrons que la représentation du corps s'élabore sur deux données fondamentales : le schéma corporel et l'image du corps.

B) Le schéma corporel

1. Définition

Schema est de racine latine, et se définit comme étant « une manière d'être, figure, mine, attitude ». « Corporel » provient quant à lui du mot latin *corpus* : « le corps, chair, corps inanimé, cadavre, tronc, personne, individu, être ».

Paul Schilder (1886-1940), précise le terme en le définissant comme l'« image tridimensionnelle que chacun a de soi-même ». Il s'inscrit dès lors dans un champ neuropsychologique et cognitif.

Finalement, Ajuriaguerra J. en donnera une définition précise : le schéma corporel s'édifie « sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, [et] réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »¹².

C'est donc un modèle évolutif du corps qui se construit grâce aux liens entre la perception et l'action, et dépend de processus psychiques. Il sert de référentiel à nos actes dans un espace-temps donné et pour une action immédiate.

Nous retiendrons qu'il permet de connaître nos limites corporelles, les différentes parties de notre corps et de savoir les nommer. Grâce à lui, nous sommes capables de localiser les stimulations qui nous sont appliquées et de connaître nos capacités motrices, en organisant nos postures pour répondre aux flux sensoriels. Par ailleurs, le schéma corporel inscrit le sujet dans la lignée humaine.

¹² De AJURIAGUERRA J., 1974, p239

2. Les 4 périodes du développement du schéma corporel chez l'enfant

Quatre périodes sont généralement définies pour expliquer le développement du schéma corporel de l'enfant¹³.

➤ **Le corps vécu** : jusqu'à 3 ans

L'enfant est dans une conscience de son corps qui reflète un corps morcelé, qui va peu à peu s'unifier grâce aux expériences sensorielles et motrices. Il explore son corps, découvre qu'il est distinct de l'environnement (vers 8-10 mois). Il en devient le maître par rapport à ses actions aux objets. L'imitation joue un grand rôle dans ce processus : elle prend une dimension représentative vers deux ans : l'image mentale devient possible.

➤ **Le corps perçu** : de 3 à 7 ans

L'enfant perfectionne sa motricité. L'enfant affine ainsi la conscience qu'il a de son corps : il a une perception plus fine de l'origine des stimulations sur son corps. Il peut dès lors montrer sur lui, puis sur l'autre, puis sur une image, les différentes parties du corps. La latéralité s'installe vers 7 ans.

➤ **Le corps représenté** : de 7 à 12 ans

La structuration perceptive et la représentation du corps propre deviennent plus cohérentes et adéquates. C'est à ce moment que les représentations graphiques, comme le dessin du bonhomme que nous allons voir, deviennent réalistes.

➤ **Le corps opératoire** : après 12 ans

L'enfant parvient à mentaliser ses actions, à les programmer en pensée et à anticiper leur effet. Il est aussi apte à les adapter selon les conditions environnementales. Par les attitudes et les mouvements, l'enfant s'exprime en adaptant ses actions au contexte.

3. L'évaluation du schéma corporel

Différents tests psychomoteurs permettent d'évaluer le schéma corporel, comme *La somatognosie de Bergès*, qui demande à l'enfant de montrer et de nommer différentes parties du corps montrées ou nommées sur lui, sur nous (le thérapeute), ou sur un dessin. *Le test de Meljac* quant à lui est composé de morceaux d'un bonhomme à placer au bon endroit sur une silhouette, tel un puzzle. Il s'agit dans un premier temps de recréer la planche du visage, puis le corps d'un bonhomme de face ou de profil.

¹³ PAVOT C., 2013, Cours de Psychomotricité intitulé « Perception et image du corps », Paris, non publié à ce jour

L'évolution de l'intégration du schéma corporel est également repérable dans les représentations graphiques de l'enfant, bien que le graphisme résulte tout autant de facteurs intellectuels et émotionnels.

Le dessin d'un bonhomme est une bonne méthode d'évaluation du schéma corporel de l'enfant, évoluant suivant son intégration. Il existe en psychomotricité deux cotations possibles : une de Florence Goodenough (au crayon à papier), et une de Jacqueline Royer (où il y a possibilité d'utiliser des couleurs).

Voyons les grandes étapes de l'évolution du dessin du bonhomme chez l'enfant¹⁴ : à partir de 2 ans, le cercle commence à se fermer, l'unité du corps se met en place. Vers 3 ans on retrouve un bonhomme têtard. Le tronc apparaît habituellement vers 5 ans. A 6 ans, le bonhomme est situé dans l'espace, plus complet, bien articulé. A partir de 7/8 ans, le bonhomme est orienté et représenté en volume (double trait). Les habits apparaissent. A 11 ans, le profil est maîtrisé, des détails sont ajoutés : le bonhomme est structuré et cohérent.

Certains aspects du dessin renseignent également sur un aspect plus émotionnel : il s'agit là d'informations concernant l'image du corps (taille, localisation du dessin...), que nous allons traiter à présent.

C) L'image du corps

1. Définition

« Image » vient du latin *imago*, qui signifie « représentation, imitation, portrait ». Le mot « corps » vient du latin *corpus* que nous avons vu auparavant, signifiant « individu, ensemble, tout, personne ou encore cadavre ». L'image du corps serait alors le portrait du corps, la représentation du tout qu'il constitue.

Paul Schilder va poser les bases de ce concept, dans sa vision bio-psycho-sociale, en 1935, dans son ouvrage *L'image du corps*. La notion y est décrite comme « la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». L'image du corps est donc une image dynamique, une idée, en constant remaniement, que chacun se fait de son corps. Elle est propre à chaque individu, chargée de son histoire, et permet d'organiser l'expérience corporelle dans une unité afin d'être pensée. Elle traduit ainsi ce que nous percevons des qualités de notre corps à chaque moment et dans la relation aux autres.

Cette interaction est primordiale : « l'activité propre de l'individu ne suffit pas à construire l'image du corps : les interventions des autres, leur attouchement, l'intérêt qu'ils portent aux diverses parties de ce corps ont aussi une importance énorme dans le

¹⁴ Cf *infra* Annexe 1, p 90

développement »¹⁵. Il étudiera également la mise en place d'un dedans et d'un dehors du corps, en lien avec la construction du corps, que l'on pourra relier à l'émergence du Moi.

Françoise Dolto approfondit le concept en 1984 : « l'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes »¹⁶. Nous retiendrons alors que l'image du corps possède trois composantes :

- l'image de base, qui correspond à la « mêmété d'être » et assimilable au « sentiment continue d'exister » de Winnicott D.
- l'image fonctionnelle, se rapportant à la notion d'identité.
- et l'image érogène qui se réfère à l'identité sexuée.

Eric Pireyre poursuit avec sa théorie de « l'image composite du corps » (2015) : il y intègre les notions de divers auteurs. Ainsi, aux trois composantes de « l'image inconsciente du corps » de Dolto F., il en ajoute six :

- les compétences communicationnelles (l'expressivité du corps), c'est-à-dire tout ce qui peut se référer au dialogue tonique d'Ajuriaguerra J.
- le tonus, vecteur des émotions et de la relation comme étudié par Wallon H.
- la peau physique et psychique, l'enveloppe comme pensée par Anzieu D.
- la représentation de l'intérieur du corps, ce que l'on s'en imaginer
- la sensibilité somato-viscérale, et les différents seuils de chacun
- les angoisses corporelles archaïques qui peuvent se traduire par des angoisses de morcellement, de dévoration, de liquéfaction ou encore d'effondrement.

Pour lui l'image du corps serait alors les traces des relations que nous portons en nous lorsque notre organisme et notre fonctionnement psychique sont connectés.

2. L'évaluation de l'image du corps

L'évaluation de l'image du corps est difficile par définition puisqu'elle est subjective. Comment alors évaluer un concept dont nous n'avons pas accès objectivement ? Nous détaillerons dans cette étude quelques-uns de ces moyens d'évaluation.

Le questionnaire de l'image du corps de Bruchon-Schweitzer publié en 1987 demande au patient de choisir une réponse entre 1 et 5 dans un tableau selon la manière dont il perçoit son corps en fonction des situations proposées (s'il se sent physiquement attirant par exemple).

D'autres questionnaires portent plus spécifiquement sur la satisfaction corporelle ou les sentiments à l'égard du corps, comme *l'adaptation française du Body focus questionnaire de*

¹⁵ SCHILDER P., 1935, p35

¹⁶ DOLTO F., 1984, p50

Fischer (1970), par Bruchon-Schweitzer. L'adaptation française du Body shape questionnaire de 2009 (Rousseau, Knotter, Barbe, Raich et Chabrol) et l'adaptation française du MBSRP de 2009 (Untas, Kaleck, Rasclé) ont les mêmes visées. Cependant ces questionnaires s'attachent à savoir comment la personne s'intéresse à son corps, mais ne prennent pas en compte la façon dont elle investit l'espace. Ils ont plutôt une visée psychologique personnelle.

Un autre test plutôt psychologique également est le Figural Rating Scale de Stunkard, Sorensen et Schulsinger, adapté en langue française par Bragard, Mayers, Demoulin, et Etienne, en 2002. Il a l'intérêt de présenter une palette de silhouettes (homme et femme) numérotées de 1 à 9¹⁷. Trois questions sont ensuite posées au patient concernant la silhouette qu'il pense lui correspondre (corps perçu), à celle qu'il voudrait être (corps idéal), et finalement à celle qu'il pense que les autres les associeraient (corps perçu par autrui). Le but devient alors d'évaluer la distorsion entre l'idéal corporel et la perception réelle du corps. D'autres tests projectifs existent, comme le dessin d'une personne humaine, ou le test du Rorschach. Ils permettent de voir comment la personne, en se projetant face à chacune des planches, parle de lui et de lui en rapport avec les autres.

Olivier Moyano propose quant à lui un entretien moins projectif, où le patient devient plus actif. Il présente un protocole¹⁸ destiné à voir les représentations corporelles de l'enfant ou de l'adolescent, qui comporte un entretien suivi du récit d'un conte. L'entretien porte sur les représentations corporelles : il s'agit d'un dessin du bonhomme, en y inscrivant le nom des parties du corps connues, puis d'un entretien semi-directif. Le « conte de la fourmi » (1978) est un récit où le thérapeute demande à l'enfant par quel endroit de son corps arrive la fourmi, puis où elle passe et ce qu'elle voit, et enfin où elle ressort.

L'évaluation des représentations corporelles permet de mieux apprécier la dynamique psychocorporelle du patient, et donc ses difficultés de représentation de son corps. Elle peut également aider à l'établissement d'un diagnostic. Chercher des repères d'image du corps chez autrui, revient à chercher comment il s'est construit, en trouvant ses points de fragilité identitaire. Il faut donc ajouter aux divers questionnaires et bilans une évaluation qualitative afin de faire des liens entre la perception que le sujet a de lui-même et l'aspect affectif qui accompagne cette perception. A partir de tests standardisés, et notamment lors de manipulations ou d'exploration d'objets, le psychomotricien pourra alors apprécier l'engagement du corps du patient dans la relation, la communication non-verbale qui en résulte, ou encore l'attitude et le niveau tonique de celui-ci.

¹⁷ Cf *infra* Annexe 2, p 90

¹⁸ Cf *infra* Annexe 3, p 91

3. Une dimension intégrative ?

Finalement, le schéma corporel et l'image du corps sont tous deux des formes complémentaires de représentation du corps en interaction avec l'environnement. Nous dirons finalement que le schéma corporel répond à la question du « où ? » et « comment ? » (« où sont mes membres et la cible de l'action ? Comment utiliser mon corps ? »), tandis que l'image du corps donne une réponse au « quoi ? » (« quel corps suis-je ? »)¹⁹.

Notons que pour Marc-Alain Descamps, trois niveaux sont même intégrés les uns dans les autres : « [l'image du corps] comprend [...] le schéma corporel, qui lui-même intègre le modèle postural, plus tout l'imaginaire : c'est-à-dire que dans une troisième intégration s'ajoute le versant affectif, libidinal, narcissique et psycho-social. [...] Nous retrouvons donc bien les trois éléments (biologique, psychologique et social) unis par Schilder, mais en plus situés dans leur intégration successive »²⁰.

Françoise Dolto reprend cette idée en appuyant le rôle interactionnel des deux notions : « C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui »²¹.

Le corps est donc notre moyen privilégié de rapport avec l'environnement. Il nous permet d'agir tout en orientant nos actions. C'est par lui que nous découvrons peu à peu notre être au monde, en nous permettant d'explorer et d'expérimenter toujours plus. Sentir son corps à la fois comme lieu d'origine des expériences et comme lieu de manifestation de celles-ci permet de vivre à la première personne. Grâce à la maturation psychique en lien avec l'évolution des capacités physiques, nous devenons peu à peu un Moi, dont la représentation est issue d'une construction complexe dont nous venons de voir les versants.

Quel impact a alors la déficience intellectuelle dans cette construction psychocorporelle ?

II. L'intelligence et la déficience intellectuelle : quels liens avec le développement ?

A) L'intelligence

Gaston Viaud définit l'intelligence²² comme « l'aptitude à comprendre les relations qui existent entre les éléments d'une situation et à s'y adapter, afin de réaliser ses fins propres. Elle est toujours compréhension et invention ». Elle est donc sous-jacente aux fonctions d'organisation et d'adaptation, et possède un aspect cognitif indissociable d'un aspect affectif.

¹⁹ ALBARET J.-M., 2011, p 192

²⁰ DESCAMPS M.-A., 1986, p 48

²¹ DOLTO F., 1894, p50

²² dans notre étude nous considérons que l'intellect est l'intelligence sont synonyme, tous deux faisant appel à « un ensemble de fonctions mentales ayant pour objet la connaissance ». Site source : Dictionnaire Larousse en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intelligence/43555/synonyme>

Comment se met-elle alors en place ?

1. Les stades de Jean Piaget

Jean Piaget (1896-1980) élabore une théorie cognitive selon laquelle le développement intellectuel, qualifié par l'intelligence, se fait grâce à « l'assimilation », c'est-à-dire à l'intégration d'expériences, et à « l'accommodation », qui consiste à adapter son organisme au monde extérieur, et à le transformer sous la pression du milieu. Ce développement dépendrait des facteurs essentiels que sont la maturation neurologique, les interactions, la mémoire et l'apprentissage.

Par ailleurs, il décrit trois grandes étapes au développement intellectuel²³ :

- **L'intelligence sensori-motrice du nourrisson (0-2ans)**, période marquée par la construction de l'univers pratique. L'intelligence est au départ dénuée de représentation, de langage, et de concept. Il s'agit d'une intelligence purement pratique, qui n'est possible qu'en présence de l'objet, car il n'y a pas d'élaboration symbolique ni de permanence de l'objet. Elle passe alors par la perception, les attitudes et le mouvement.

Au fil des expériences, l'enfant se découvre lui-même et va pouvoir se reconnaître dans un milieu qu'il va constituer, afin d'accéder à la permanence de l'objet. La conscience de soi et du monde se fait progressivement pour basculer dans le deuxième stade décrit par Piaget J.

- **La pensée opératoire de l'enfant (2-11/12ans)** : il accède à la connaissance de l'univers concret via une sous-période dite « pré-opératoire » (2-6/7 ans) puis « des opérations concrètes » (7-12 ans). Piaget J. estime que c'est à la fin de la période pré-opératoire, vers 6 ans, que la connaissance des différentes parties du corps et la maîtrise de la posture sont efficaces.

On va également retrouver dans ce stade le début des représentations d'objets (intelligence représentative) : l'intelligence n'est plus purement pratique. Le bébé va acquérir la réversibilité de la pensée, et se constituer des invariants de substance, poids et volume. Il ne peut cependant pas encore raisonner dans l'abstrait ni faire des hypothèses.

- **La pensée hypothético-déductive de l'adolescent (11/12-16ans)**, où il y a reconstruction du monde. L'adolescence est la période par excellence des grands idéaux et des projets d'avenir. La pensée se transforme, pour se libérer du concret et raisonner de manière abstraite. Le raisonnement hypothético-déductif apparaît conjointement à la pensée formelle.

²³ ROUSSEAU-SALVADOR C., 2011, Cours de Psychologie intitulé « Le développement cognitif, théorie piagetienne », Paris, non publié à ce jour

Au départ l'enfant est donc centré sur lui-même, et va s'ouvrir peu à peu au monde extérieur en utilisant le milieu de façon concrète. Piaget J. montre par sa théorie que le support de l'intelligence, c'est l'action : « la pensée naît de l'action ». Le développement cognitif est donc une mentalisation progressive de l'action. C'est un aspect dynamique et « constructiviste » du développement de l'intelligence, où l'intégration d'un stade est nécessaire au passage au stade suivant. Un autre auteur s'est penché sur cette question, en attribuant un rôle à l'affect lors de ce développement : Henri Wallon.

2. Les stades d'Henri Wallon

Wallon H. (1879-1962) élabore une approche multidimensionnelle, selon laquelle l'enfant passe par six stades, qui seraient des niveaux successifs de l'évolution de la conscience. Les facteurs du bon développement intellectuel sont pour lui organiques et génétiques, sociaux, et psychologiques.

Notons en premier lieu que Wallon H. distingue les stades des phases. Un stade peut contenir les deux types de phases qu'il décrit : des phases de latences où il y a maturation psychique, et d'autres où l'activité prévaut, avec exploration du monde extérieur. Chaque stade sera marqué par une activité majeure, différente du stade ultérieur. Par ailleurs, les stades de Wallon H. sont intriqués les uns avec les autres, en admettant que de nouveaux comportements ne seront possibles que grâce à des capacités déjà existantes. Les limites ne sont pas nettes et le développement en résulte discontinu. Les six stades du développement intellectuel selon Wallon H. sont²⁴ :

- **Le stade d'impulsivité motrice (0-6mois)**, où l'activité est inconsciente et impulsive. Les actions de l'enfant sont réflexes, et il est dans une totale dépendance à son entourage pour ce qui est de la satisfaction de ses besoins. La maturation des systèmes de sensibilité et l'entourage humain vont permettre à l'enfant d'accéder au stade suivant.

- **Le stade émotionnel (2/3mois-1an)** : les expressions émotionnelles et les fonctions tonico-émotionnelles prévalent. Wallon H. dit que l'enfant est « tout entier dans son émotion » (1941). Ce sont les attitudes, les gestes et les mimiques de l'enfant qui permettent à l'entourage d'accéder à ses besoins et d'y répondre adéquatement. « L'émotion donne une première forme de compréhension d'où résulte prévision, image qui va la réduire pour devenir représentation » (1941) : avec l'émotion va débiter la conscience. L'enfant ne se distingue pas encore d'autrui.

- **Le stade sensori-moteur et projectif (1-3ans)** : cette étape est marquée par la prépondérance des activités d'investigation et d'exploration du monde extérieur. L'activité,

²⁴ Dr. DENIAU E. et RAFFIN M, 2013, Cours intitulé « Adolescence et psychopathologie », Paris, non publié à ce jour

qui était tonique, automatique et affective (fonction tonico-émotionnelle), devient relationnelle (fonction de relation) : l'enfant entre en contact avec le monde extérieur des objets, de façon intentionnelle. L'acte moteur permet dans un premier temps d'accéder à une intelligence pratique ou des situations, grâce à l'exploration et à la manipulation qui permettent l'identification de l'objet. Cela permet le début des représentations, grâce à l'émergence de l'imitation qui en est le prélude. Le langage joue également un grand rôle, entraînant la mise en sens des représentations. Par l'imitation et le langage, l'intelligence devient alors discursive, basée sur le plan de la représentation et des symboles.

- **Le stade du personnelisme (3-6ans)** : ce stade débute lorsque la conscience de soi émerge, par l'appropriation de l'être corporel (conscience corporelle) et de l'être psychologique (conscience sociale). Trois périodes se succèdent, ayant toute pour objectif l'indépendance et l'enrichissement du Moi. Lors de ce stade, la dépendance aux relations et à l'entourage est étroite, et l'identité se forge en fonction des liens avec celle-ci.

- **Le stade catégoriel (6-11 ans)** dévoile une prédominance intellectuelle. Il est annoncé par l'émergence de l'attention, ou « autodiscipline mentale » (Wallon H., 1941). L'environnement ne concerne alors plus seulement l'entourage proche, mais inclut à présent l'école notamment. L'enfant apprend à devenir polyvalent, à s'adapter aux situations et à l'entourage. Il cherche à conquérir (actions) et connaître (curiosité) le monde extérieur.

- **Le stade de la puberté et de l'adolescence (à partir de 11 ans)** : « les exigences de la personnalité passent de nouveau au premier plan » (Wallon H., 1956). Les besoins du Moi sont mis au premier plan. L'enfant acquiert une meilleure capacité à s'adapter (« personnalité polyvalente »), ce qui étaye sa différenciation et son autonomie. Comme il sait désormais catégoriser grâce au stade précédent, il va pouvoir se créer un réseau relationnel et social. C'est également l'âge où il peut y avoir une crise pubertaire, signalée par un retour sur soi important et un déséquilibre de l'état antérieur. La rupture est physique (modification physiologiques), cognitive (changement des processus de raisonnement), psychanalytique (recherche identificatoire) et sociale (insertion dans la vie sociale). Le passage à l'état adulte est repéré par la prise de conscience de soi et l'affirmation de l'identité.

Que l'on considère les stades de Piaget J. ou de Wallon H., le développement cognitif du jeune enfant est issu d'un processus complexe menant aux représentations mentales. Penchons nous à présent sur la question de l'objectivation de ce développement cognitif.

3. Evaluer l'intelligence

L'évaluation de l'intelligence serait obtenue « par comparaison statistique avec [celle] d'autres individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet

examiné » (Pierre PICHOT), lors de tests standardisés. On comprend dès lors qu'il est difficile de quantifier l'intelligence d'une personne, en tant que cette évaluation est relative à une norme établie à partir d'une moyenne.

Le Quotient Intellectuel (Q.I.), proposé par William Stern en 1912, tente d'objectiver l'intelligence. Cette notion fait suite aux travaux d'Alfred Binet, qui avait mis en place une série des tests ayant pour but de repérer les enfants en échec scolaire, en 1906 (*Echelles métriques de l'intelligence*). Sa formule est $Q.I. = (\text{âge mental évalué} / \text{âge réel}) \times 100$, et son score moyen est de 100. La répartition des valeurs de Q.I. se fait selon la loi de Laplace Gauss²⁵, définie à partir d'une moyenne et d'un écart type. Le résultat n'est pas considéré comme pathologique tant qu'il reste au dessus de -2 déviations standards. 95% de la population a un quotient intellectuel compris entre 70 et 130. Le Q.I peut être calculé lors de la passation de tests psychométriques standardisés selon l'âge, tels que le Wechsler pour la Période Préscolaire et Primaire (WPPSI) entre 4 et 6 ans 7 mois, le Wechsler Intelligence Scale for Child-R (WISC) de 6 ans et 7 mois à 16 ans 7 mois, ou le Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), à partir de 16 ans 7 mois.

Citons alors Schmitz et Forssberg (2005) qui soulignent que « des représentations mentales difficiles à élaborer ou mal utilisées pourraient expliquer les déficits dans les interactions avec l'environnement »²⁶. En quoi cela concerne-t-il la déficience intellectuelle ? Quel est donc son impact dans le développement ?

B) La déficience intellectuelle

1. Définition

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « on entend par déficiences intellectuelles la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement »²⁷.

L'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AIDD) précise ces troubles, en associant le fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne à « des limitations dans au moins deux domaines du fonctionnement adaptatif : communication, soins personnels, compétences domestiques, habiletés sociales, utilisation des ressources communautaires, autonomie, santé et sécurité, aptitude scolaires fonctionnelles, loisirs et

²⁵ Cf *infra* Annexe 4, p 92

²⁶ ASSAIANTE C. et SCHMITZ C., 2009, p 112

²⁷ Site source : site de l'OMS <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>, consulté le 26.02.16

travail »²⁸. Il s'agit d'un phénomène d'ordre lésionnel qui renvoie à une altération des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques. Le « handicap mental » quant à lui concerne l'impact social de cette déficience. Il s'agit là du désavantage social, de la conséquence du déficit cognitif.

2. Critères et distinction avec la maladie mentale

Il existe trois critères significatifs de la déficience intellectuelle :

- il y a une diminution significative des facultés intellectuelles, objectivable par des résultats inférieurs à la moyenne aux passations de tests psychométriques adaptés.

- accompagnée d'un déficit des comportements adaptatifs (vie personnelle et sociale). Ces déficits ont alors des répercussions dans les capacités d'insertion sociale (scolarité, formation professionnelle...) et dans l'autonomie de la personne.

- et survenant avant 18 ans, c'est-à-dire qu'elle apparaît durant la phase développementale. Ce dernier critère permet de faire la distinction avec la maladie mentale, où le sujet subit une détérioration intellectuelle alors que des acquis ont déjà été en place. Dans la maladie mentale, les conséquences sont nommées en tant qu'handicap psychique et non mental comme pour la déficience intellectuelle. La différence est également d'un ordre temporel : la maladie mentale survient à n'importe quel âge, mais n'est pas un trouble permanent, tandis que la déficience intellectuelle l'est et apparaît avant 18 ans.

3. Prévalence et causes

En France, on dénombre aujourd'hui 3.5 millions de personnes handicapées. 650 000 à 700 000 d'entre elles se trouvent dans une situation de handicap mental, ce qui représente 20% des handicaps. Il demeure plus présent chez les hommes que chez les femmes (3 pour 1). De plus, entre 6 000 et 8 500 enfants naissent chaque année avec un handicap mental²⁹.

Les causes sont de différentes sortes :

- causes prénatales : on peut citer les maladies héréditaires du métabolisme entraînant une atteinte cérébrale, des troubles de la répartition génétique comme dans le cas de la trisomie 21, ou encore des atteintes intra utérines du cerveau dues à des maladies transmissibles (rubéole* par exemple).

- causes périnatales : les atteintes mécaniques telles que les hémorragies cérébroméningées*, ou les atteintes biochimiques comme l'anoxie* peuvent en être des raisons.

²⁸ Site source : site ADIRR Association de la Déficience Intellectuelle de la Région de Rimouski, organisme de promotion et de défense des droits des personnes vivant avec une déficience intellectuelle et de leur famille <https://mpadirr.wordpress.com/definition/> consulté le 26.02.16

²⁹ Chiffres disponibles sur <https://informations.handicap.fr/art-handicap-mental-73-3110.php>, consulté le 01.03.2016

* les astérisques renvoient à des définitions données dans le glossaire

- causes postnatales : ici se rangent les maladies infectieuses (comme la méningite*), les accidents provoquant des traumatismes crâniens, ou encore des carences graves de stimulations.

C) Déficience intellectuelle et psychomotricité

1. Sémiologie psychomotrice³⁰

La déficience intellectuelle entraîne de nombreuses conséquences. Néanmoins, nous pouvons relever certains éléments redondants pour chaque stade.

Pour cela, nous nous appuyons sur la classification proposée par l'OMS, qui différencie la déficience intellectuelle profonde (QI<25), sévère (QI<40), modérée (QI<55), légère (QI<70) et limite (QI<85).

- La déficience intellectuelle profonde (QI<25) : au niveau du développement, on retrouve un retard massif de toutes les acquisitions, incluant un langage pauvre (quasi-inexistant ou grand retard). L'autonomie quotidienne est très restreinte (hygiène élémentaire) et il y a dépendance à un tiers, par mise en institution spécialisée notamment. Le niveau mental équivaut à celui d'un enfant de 2/3ans qui n'aurait pas de pathologie, que l'on peut rapprocher au stade sensori-moteur de Piaget J.. La formation professionnelle n'est pas possible. Au niveau du comportement et des affects, il y a de fortes perturbations relationnelles (isolement, auto ou hétéro agressivité). On retrouve souvent également une épilepsie* et des stéréotypies. On peut également trouver des éléments évoquant certaines psychoses* infantiles. Les capacités d'adaptation sont perturbées, et il y a souvent une association à des handicaps sensoriels, moteurs ou somatiques.

- La déficience intellectuelle sévère à modérée (25<QI<55) : l'âge mental est celui d'un enfant de 6 à 7 ans (correspondant au stade pré-opératoire de Piaget J.).Un retard de développement psychomoteur est très fréquent, et l'autonomie dépendra de l'environnement et de ses stimulations. Le langage est asyntaxique et la scolarisation s'avère impossible dès le CP. Il peut cependant y avoir des possibilités de travail en milieu protégé. Les troubles fréquemment associés sont de l'ordre du comportement et de la relation.

- La déficience intellectuelle légère à limite (55<QI<85) : il s'agit des formes les plus courantes, en particulier la déficience limite (80%). Le langage ne présente pas d'anomalie sévère. Il n'y a pas non plus de retard psychomoteur particulier, mais on peut déceler des difficultés affectives et comportementales, comme une instabilité et des réactions

³⁰ RENAULT-DULONG A., 2014, Cours de Sémiologie intitulé « La déficience intellectuelle », Paris, non publié à ce jour

colériques face à l'échec, ou au contraire une inhibition et soumission à l'entourage. Souvent la déficience trouve son origine dans des carences affectives. Une pédagogie adaptée permettant l'apprentissage du langage, de la lecture et de l'écriture peut palier à ces difficultés et permettre une insertion professionnelle normale. Le niveau mental est au moins celui d'un enfant de 10/12 ans (stade des opérations concrètes).

Nous repérons alors un ensemble de troubles psychomoteurs chez les personnes déficientes sur le plan intellectuel :

- Des **troubles cognitifs** : notables dans les difficultés de concentration et d'attention dues à l'altération des fonctions intellectuelles. L'accès au symbolisme et à l'imaginaire est restreint. Le niveau de langage est souvent peu développé. Il faudra donc souvent privilégier la communication infra-verbale afin de faciliter la relation avec leur environnement.

- Des **troubles psychomoteurs** : nous pouvons citer les troubles de la régulation tonique, du schéma corporel et de l'image du corps, de la latéralité ou encore de l'organisation temporo-spatale, qui sont tous relatifs à l'altération intellectuelle et donc aux carences lors des processus de développement et d'accès aux représentations.

- Des **troubles affectifs et comportementaux** : l'adaptation aux situations nouvelles ainsi que la question des émotions sont difficiles. Les sujets peuvent alors réagir avec agressivité, opposition, ou inhibition.

2. Prise en charge psychomotrice

Le rôle d'une prise en charge en psychomotricité sera alors d'aider³¹ :

- au **savoir être** : en s'axant sur la perception corporelle, la conscience de soi, les capacités motrices et l'orientation dans l'espace. Il sera important de valoriser la personne, qu'elle se rende compte de ses compétences personnelles et soit actrice dans sa vie, au lieu de fixer un projet thérapeutique sur ses incapacités. Le but sera d'offrir à la personne un lieu où elle pourra ressentir son corps et les affects qui s'y rattachent, afin de reconstruire ses limites pour améliorer son autonomie.

- au **savoir faire** : en améliorant le développement de connaissances de l'environnement pour mieux appréhender, anticiper, agir.

- aux **compétences sociales** : il pourra s'agir d'engager son corps dans la relation à l'autre, ou de trouver des modes de communication adaptés. Les prises en charge en groupe notamment seront bénéfiques à une meilleure reconnaissance sociale. Elles aideront à l'engagement et à la prise de contact, favorisant ainsi la communication et les relations avec autrui.

³¹ COHEN D., 2009, Cours de pédopsychiatrie intitulé « Retard et handicap mental », Paris, non publié à ce jour

La psychomotricité offre l'avantage de s'intéresser au développement de la personne, et pourra alors déceler les étapes qui font défaut. Une fois ces observations faites, la prise en charge pourra palier à ces manques en s'adaptant aux compétences acquises jusqu'alors. Il s'agit d'élargir son champ de capacités en reprenant les étapes à partir de là où son développement fait défaut. Il est en effet intéressant de partir des premiers stades, du sensori-moteur et des situations concrètes, pour aller vers des espaces de représentation et de symbolisation, notamment pour ce qui concerne la représentation de soi³².

Ces réflexions nous renvoient à la nécessité de s'adapter aux besoins de la personne. On peut alors se référer au modèle des besoins d'Abraham Maslow³³ (1943), mais ce modèle est exclusivement centré sur les domaines de besoins primaires, physiologiques. Jean-Pierre Pourtois et Huguette Desmet proposent alors en 2004 une autre grille de compréhension des besoins d'une personne³⁴. L'intérêt est qu'ici les besoins sont tous articulés sans lien de hiérarchisation pour mieux rendre compte de la nécessité d'une prise en charge globale.

Ce paradigme sera repris par Geneviève Petitpierre³⁵. Elle s'appuie sur des études concernant les privations sensorielles et affectives, et considère que différents besoins sont fondamentaux et indispensables au développement³⁶, comprenant :

- le « besoin d'exploration » avancé par William McDougall en 1908
- le « besoin de perception » décrit par Robert Woodworth (1947)
- le « besoin de manipulation » identifié par Harry Harlow (1959)
- le « besoin de stimulations extérieures » décrit par Donald Hebb (1961) cités par Pourtois J.-P. et Desmet H. (1997)
- le « besoin de contacts sociaux » issu des recherches de John Bowlby (1959), de René Spitz (1968) ou encore de Marie Ainsworth (1983)
- le « besoin de cohérence cognitive » identifié par Léon Festinger (1957)

Nous rejoignons ici les aspects du développement du Je que nous avons étudié dans notre première partie : l'enfant est un sujet en quête de découverte (« d'exploration »), qui grâce à l'interaction entre ses compétences sensibles et motrices (« manipulation », « stimulations extérieures ») va accéder à des niveaux cognitifs (« perception » et « cohérence cognitive ») qui lui permettront de se représenter le monde et de se représenter en tant que Moi au sein des Autres (« contacts sociaux »).

Il y a donc un véritable lien à faire entre l'accès aux représentations de Soi et la nécessité de palier les besoins supplémentaires qu'engendre la déficience intellectuelle. En effet comme nous l'avons vu, elle altère les capacités cognitives et achoppe donc au processus

³² Dr BOURVIS N., 2013, Cours intitulé « Retards mentaux et déficiences intellectuelles », Paris, non publié à ce jour

³³ Cf *infra* Annexe 5, p 92

³⁴ Cf *infra* Annexe 6, p 93

³⁵ PETITPIERRE-JOST G., 2010, p6

³⁶ PETITPIERRE-JOST G., 2005, p43

de représentation qui en dépend. Lors des divers bilans, l'enjeu sera de mettre en lumière les besoins qui ont pu être carencés ou qui seraient moins investis, afin de mieux axer les prises en charge, décisives dans l'amélioration des compétences de la personne. Attachons nous maintenant à étudier l'intérêt de la sensorialité dans ces prises en charge.

III. Les sens, outils médiateurs en psychomotricité

L'homme est doté de grandes fonctions dont les fonctions de relation qui permettent à un individu d'interagir avec son environnement et d'avoir un comportement adapté. Elles regroupent les fonctions sensorielles (réceptions des informations externes et internes) et des fonctions motrices (réalisation de mouvements en fonction du système nerveux). Nous allons ici nous intéresser à ces fonctions sensorielles.

Les fonctions sensorielles permettent à l'enfant, dès sa naissance, d'interagir avec son environnement. En effet, Thomas Berry Brazelton, en 1980, transforme la vision d'un nouveau né sans force ni pouvoir en celle d'un bébé compétent. Andrée Pomerleau et Gérard Malcuit parlent alors de « compétence de base »*. L'enfant serait alors doué d'une perception sensorielle, qui consiste en un ensemble d'activités, dont le rôle est la saisie de l'information (la sensation, reçue par les organes sensoriels) et son traitement (la perception).

La sensation, d'un point de vue physiologique, correspond à l'excitation d'un récepteur, associé à la transmission d'un message nerveux vers les centres cérébraux spécifiques. Elle est donc une donnée sensorielle peu élaborée, car dénuée de tout traitement associatif.

La perception renvoie quant à elle au traitement cognitif des sensations, en lien avec les expériences déjà vécues. On retrouve cette idée dans la citation du docteur Dominique Rose : c'est « la somme des impressions provenant des organes sensoriels entraîne une sensation, qui, interprétée en fonction de notre expérience, constitue la perception ».

A) Systèmes sensoriels

C'est à Aristote (IV^{ème} siècle avant J.C.) qu'on attribue la première classification des cinq sens que sont la vue, l'audition, le goût, l'odorat et le toucher. Cependant, au fil des années, d'autres sens se sont ajoutés à ces derniers. On pourrait aujourd'hui en dénombrer plus d'une vingtaine, en ajoutant la sensation de faim, ou encore le sens des profondeurs. Nous nous limiterons dans cette partie aux sens que nous jugerons pertinents à étudier pour notre thème qu'est la représentation de soi.

Nous aborderons alors dans notre étude une classification qui nous paraît plus actuelle.

1. Le système somesthésique

Le système somesthésique comprend la sensibilité somatique (sensibilité cutanée et proprioceptive) ainsi que la sensibilité intéroceptive.

➤ La sensibilité somatique :

La sensibilité extéroceptive ou cutanée

Le toucher correspond à la sensibilité cutanée. Son organe est la peau, parcourue par des millions de récepteurs sensitifs, ce qui permet la généralisation de ce sens sur toute la peau. La peau se constitue d'une couche supérieure (l'épiderme), non vascularisée, et d'une couche inférieure (derme) vascularisée et innervée. C'est dans le derme qu'on retrouve les poils, les glandes sébacées ou encore les glandes sudoripares.

Le sens du toucher est le premier à se mettre en place et à se développer chez l'embryon, qui est sensible aux stimulations tactiles dès deux mois de vie in utéro. Ses récepteurs se mettent en place autour de la bouche (7^{ème} semaine), puis au niveau du visage (11^{ème} semaine), et enfin au niveau du tronc et des membres (15^{ème} semaine)³⁷.

Dès la naissance, il va particulièrement se développer aux extrémités des doigts et au niveau des lèvres, en raison des abondants récepteurs qui s'y trouvent.

Cette sensibilité cutanée est permise grâce à l'action de différents types de mécano-récepteurs : - les terminaisons libres, sensibles au facteur vitesse en raison des mouvements des poils. Elles sont situées sous les glandes sébacées, autour de la racine du poil, et sont à adaptation rapide.

- les disques de Merkel : qui s'apparentent à des dômes tactiles. Ce sont des récepteurs superficiels, qui réagissent à une pression localisée. Ils sont à adaptation lente et leur rôle est de coder l'intensité de la stimulation.

- les corpuscules de Ruffini, récepteurs profonds situés dans la peau, sensibles à la pression et à adaptation lente. Ces récepteurs se retrouvent également dans les articulations.

- les corpuscules de Meissner : qui eux sont localisés dans la peau située juste sous l'épiderme. Il s'agit de récepteurs superficiels à adaptation rapide, qui détectent les variations du contact d'objet avec la peau.

- les corpuscules de Pacini, situés dans le derme et les tissus conjonctifs sous-cutanés. Ce sont des récepteurs profonds particulièrement sensibles aux vibrations. On les retrouve aussi dans les tendons, les articulations, le périoste³⁸ ou encore les muscles de la face.

³⁷ MONTAGU A., 1979, p9

³⁸ Le périoste est une membrane qui recouvre et protège les os.

On trouve également des thermorécepteurs, responsables de la sensation de chaud ou de froid, ainsi que les nocicepteurs (terminaisons libres avec peu voire pas de myéline), à l'origine du message douloureux. La douleur est une perception frontale ("j'ai mal"), doublée d'une perception pariétale ("j'ai mal ici"), associée à une émotion en rapport avec la zone méso-limbique ("j'ai mal comme ça").

Une fois activés, ces récepteurs envoient des messages aux centres nerveux via les nerfs sensitifs.

La sensibilité proprioceptive

Elle concerne l'état de tension des muscles et des tendons, et la position des articulations, informant sur la disposition des membres du corps entre eux et dans l'espace, sans retour visuel.

La kinesthésie fait partie de la proprioception : elle permet de connaître les différentes parties du corps les unes par rapport aux autres, le sens, ainsi que l'amplitude que le mouvement engendre au regard des différentes parties du corps, sans retour visuel.

Les récepteurs de la sensibilité proprioceptive sont :

- les mécanorécepteurs musculaires, sensibles à l'étirement du muscle et à la base du réflexe myotatique* : ce sont les fuseaux neuromusculaires de la partie charnue des muscles striés.

- les mécanorécepteurs tendineux, dont les organes tendineux de Golgi situés à la jonction entre muscle et tendon. Ils renseignent sur les variations de la force contractile du muscle.

- les mécanorécepteurs articulaires : tels que des terminaisons libres sur certaines fibres myélinisées, des récepteurs de Ruffini dans les capsules articulaires, ou encore des récepteurs de Golgi présent dans les ligaments articulaires. Ils transmettent des informations concernant les mouvements et les positions des articulations.

Enfin, la voie de la proprioception serait double :

- une voie inconsciente, se projetant au niveau du cervelet.
- une voie consciente se projetant sur le cortex somesthésique primaire.

➤ **La sensibilité intéroceptive :**

L'intéroception ou sensibilité viscérale est la conscience de l'état physiologique du corps, qui nous informe des états internes de notre corps tels que les émotions et les sensations comme la faim. Elle repose sur l'activation de récepteurs au niveau de la peau, des muscles et des organes, et donc sur les changements physico-chimiques qui en résultent, principalement au niveau des appareils digestif, respiratoire, cardiaque et endocrinien.

2. Le système visuel

Le système visuel est le canal sensoriel le plus investi par l'homme. La vision est considérée comme essentielle dans l'appréhension du monde extérieur. Elle se définit comme « la fonction par laquelle les images captées par l'œil sont transmises par les voies optiques (cellules rétinienne et ganglionnaires, nerf optique, chiasma optique) au cerveau »³⁹. Elle comprend la perception des contrastes, du sens coloré, des reliefs, et nécessitent une certaine acuité visuelle. Le système visuel permet de reconnaître des formes et de reconstituer une image mentale complète à partir de zones parcellaires ou déformées⁴⁰.

Les organes impliqués dans la vision sont les yeux, composés d'une cavité sphérique contenant un ensemble de structures dont la rétine et le cristallin. C'est sur la rétine que sera projetée l'image renversée des objets situés devant l'œil. Sur la rétine sont situés les nombreux récepteurs sensoriels, des cellules photosensibles, appelés cônes et bâtonnets. Ces récepteurs véhiculent alors le message au cerveau via le nerf optique.

Chez le nouveau-né, le système visuel n'est pas totalement mature bien qu'il soit fonctionnel. Les muscles oculomoteurs et les globes oculaires sont en effet formés dès la 15^{ème} semaine de gestation. A sa naissance, il aura alors une acuité visuelle faible, ne verra pas bien les détails. Son intérêt se portera alors fortement sur les contrastes. Un trop plein de lumière peut le désorganiser. Il présentera des progrès intenses jusqu'à ses six mois, notamment en terme d'accommodation, d'acuité visuelle, et de contrôle de l'activité oculomotrice.

3. Le système auditif

L'audition est le sens par lequel l'homme perçoit les sons de l'environnement. Ces derniers sont créés par des vibrations, qui sont des perturbations de l'air. C'est le système auditif qui nous permet de les percevoir.

Il implique l'oreille (l'organe périphérique) qui capte les sons, les analyse et les transforme en messages nerveux, ainsi que le système nerveux central*, qui les interprète. L'oreille perçoit les fréquences entre 20 et 20 000 Hz.

L'audition se met rapidement en place dès le sixième mois de gestation. Le fœtus réagit dès lors aux stimuli auditifs externes par une augmentation de son rythme cardiaque et de ses mouvements globaux⁴¹. A la naissance, le bébé reconnaît alors la voix de sa mère, et peut y répondre en orientant sa tête vers elle.

³⁹ Site source : Larousse en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vision/82198>, consulté le 16.03.16

⁴⁰ J-F. VIBERT, A. SEBILLE, M-C LAVALLARD-ROUSSEAU, F. BOUREAU, L. MAZIERES, 2011, p77

⁴¹ LEBOVICI S., WEILL-HALPERN F., 1989, p160

4. Le système labyrinthique (vestibulaire)

La sensibilité labyrinthique (ou vestibulaire) renseigne sur la position et les mouvements de la tête, et impacte sur l'équilibre. Elle concerne l'autre aspect fonctionnel de l'oreille, dont le premier rôle est auditif comme nous l'avons vu. Cette sensibilité permet de coordonner les mouvements réflexes de la tête, du cou, du tronc et des yeux, et de stabiliser la position du regard par rapport à l'espace et à la position de la tête. Ce système présente de nombreuses interconnexions entre les afférences sensorielles et les structures motrices.

Ainsi, les récepteurs de cette sensibilité, les canaux semi-circulaires, situés dans l'oreille interne, sont en relation avec les muscles du cou, avec les appuis plantaires, ou encore avec les informations transmises par la vision. Notons par ailleurs qu'ils renseignent le cerveau sur le mouvement et ses qualités plus rapidement que la vision.

Ces récepteurs sont matures dès la 15^{ème} semaine de gestation. Ce sont les mouvements de la mère et les mouvements propres au bébé qui fournissent les stimulations vestibulaires, amplifiées par le liquide amniotique dans lequel il baigne.

5. Les systèmes chimio-sensoriels : le goût et odorat

➤ **Le goût**

Il renseigne sur « les saveurs et la composition des aliments »⁴². L'organe du goût est la langue. Les cellules réceptrices, les papilles, se situent dans la muqueuse nasale et la langue, et permettent de détecter les substances chimiques. Elles sont regroupées en zones, qui permettent en fonction de leur emplacement de percevoir les différents goûts (sucré, salé, amer, acide) grâce aux chémorécepteurs qui s'y trouvent.

Le bébé différencie tôt, par une mimique de rejet ou de plaisir, un goût sucré, salé, amer ou acide. Il distingue également dès les premiers jours le lait maternel d'un autre.

➤ **L'odorat**

Il permet « la perception des odeurs »⁴³. Les odeurs sont des molécules véhiculées par l'air. Pénétrant dans le nez, elles atteignent un tissu appelé la membrane olfactive, située sur la partie supérieure de chaque fosse nasale. Les molécules se dissolvent alors dans le mucus nasal et stimulent les cellules olfactives (chémorécepteurs), qui transmettront un message nerveux au cerveau via le nerf olfactif.

Comme pour l'audition, le nouveau-né est capable de reconnaître rapidement les odeurs maternelles, qu'il distingue des autres. Ce sens aura donc un rôle important dans l'attachement entre l'enfant et sa mère.

⁴² Site source : Larousse en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gout/37667>, consulté le 16.03.16

⁴³ Site source : Larousse en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/odorat/55620>, consulté le 16.03.16

Comment ces phénomènes prennent-ils alors place d'un point de vue neurologique ?

B) Mécanismes sensoriels

1. Du récepteur au cerveau : quelles structures en jeu ?

Tous les récepteurs sensoriels que nous venons de voir permettent de transformer le stimulus (le signal) en un message nerveux. Il s'agit de la transduction. Ce phénomène correspond à la transformation du signal physique ou chimique en influx nerveux : le potentiel d'action, nécessitant néanmoins un seuil minimal. Les aspects qualitatif et quantitatif du message initial sont préservés, sous forme des trois caractéristiques que sont l'intensité, la localisation, et la durée du stimulus.

Les différentes structures⁴⁴ impliquées dans l'intégration de l'information vont alors être :

- les voies sensorielles primaires : Ces voies sont composées de neurones ordonnés du premier neurone (dit « de premier ordre ») jusqu'à celui qui atteint l'aire corticale réceptrice de projection correspondant à la modalité sensorielle stimulée. A chaque récepteur correspond une aire corticale de projection.

- le thalamus* : Il est organisé somatotopiquement également, en fonction de noyaux spécifiques. On peut alors citer le noyau ventro-postérieur, qui reçoit les afférences des voies de la sensibilité extéroceptive et qui se projette sur le cortex somesthésique primaire du lobe pariétal. On trouve également les corps genouillés externes ou latéraux, relais des voies visuelles et projetés sur le cortex visuel occipital. Les relais des voies auditives se font au niveau des corps genouillés internes et se projettent sur le cortex temporal auditif.

- le cortex : Les différentes modalités sensorielles possèdent chacune leur propre aire de projection. Les aires primaires sont alors organisées selon une certaine topographie et reçoivent les projections des noyaux relais thalamiques que nous venons de voir. Des aires sensorielles associatives entourent ces aires sensorielles primaires, recevant leurs informations cortico-corticale, qui peuvent également provenir des noyaux thalamiques.

⁴⁴ PAVOT C., 2013, Cours intitulé « Perception et système sensoriel : quelques définitions, Paris, non publié à ce jour

2. Fonctionnement du cerveau : spécialisation hémisphérique

Rappelons ici que le cerveau se compose de deux hémisphères cérébraux, séparés par une scissure sagittale : la scissure médiane. Ces deux hémisphères collaborent constamment, fonctionnant en réseau et communiquant entre eux à travers le corps calleux. Ils sont chacun composés d'un cortex (la substance grise), et de substance blanche, et comprennent quatre lobes. Ils présentent une spécialisation⁴⁵ :

- **L'hémisphère droit** est spécialisé pour les informations non linguistiques, la prosodie émotionnelle, la perception et la forme et des caractéristiques visuo-spatiales. Il a donc un rôle important dans le repérage dans l'espace et la localisation des objets. C'est aussi lui qui permet la reconnaissance des visages (prosopagnosie). Il est par ailleurs le lieu de l'intuition, de l'imagination et de la créativité. Enfin, notons qu'il effectue un traitement simultané et holistique des informations.

- **L'hémisphère gauche** quant à lui est spécialisé pour le langage (compréhension, vocabulaire, formation des phrases), et les informations phonétiques. Il permet l'accès au stock sémantique et l'analyse progressive de détails du monde qui nous entoure dans tous les domaines sensoriels. Son traitement des informations est analytique, séquentiel et temporel.

La spécialisation ne concerne pas que les hémisphères cérébraux, en effet, les différents lobes sont également responsables de rôles spécifiques.

3. Spécialisation des différents lobes⁴⁶ et cervelet

- **Le lobe frontal** :

Il comporte l'aire motrice, en avant du sillon de Rolando, qui permet la commande motrice. Il permet l'organisation somatotopique de la motricité volontaire, involontaire et réflexe. La région prémotrice regroupe quant à elle différentes fonctions telles que l'apprentissage, la planification du mouvement ainsi que son intégration (mémoire). Nous pouvons également citer le cortex préfrontal, regroupant les fonctions cognitives, intellectuelles, qui permettent d'étayer le comportement, l'attention, la personnalité, l'état de conscience, la mémoire, la créativité d'une part. D'autre part il s'agit du lieu des fonctions exécutives, à savoir la planification, la recherche stratégique en mémoire à long terme, la flexibilité, l'initiation, l'inhibition, la déduction, le maintien de règle, la division de l'attention et la génération d'informations. Enfin dans le lobe frontal se trouve l'aire de Broca, lieu de commande du langage et de la construction des phrases.

⁴⁵AOUN SEBAITI M. (2015), Cours intitulé « Neuropsychologie : 3^{ème} année de psychomotricité », Paris, non publié à ce jour

⁴⁶Cf *infra* Annexe 7, p 93

- **Le lobe temporal** :

On retrouve dans ce lobe l'aire auditive primaire, qui permet la perception des sons en fonction de l'intensité, la fréquence ou encore la distance du stimulus. L'aire auditive associative qui se trouve à côté permet quant à elle la reconnaissance et l'interprétation des stimuli auditifs. Elle comprend notamment l'aire de Wernicke, à la limite de la jonction avec le lobe pariétal : elle permet la compréhension du langage. Dans la partie antérieure et en profondeur du lobe temporal se situe par ailleurs l'hippocampe, jouant un grand rôle dans la mémoire notamment au niveau du stockage des informations. Le lobe temporal comporte également l'aire olfactive primaire, permettant la perception des odeurs.

- **Le lobe pariétal** :

C'est le lieu de convergence des tous les renseignements sensoriels reçus par les capteurs cutanés, tendineux, et musculaires. Il s'agit donc des aires de projection de la somesthésie⁴⁷. Il comporte à ce titre l'aire somesthésique primaire, qui permet la reconnaissance et l'interprétation des différents stimuli sensoriels ainsi que leur localisation spatiale. Par ailleurs, l'aire gustative primaire qui s'y trouve également permet d'accéder à la perception des sensations gustatives.

- **Le lobe occipital** :

Il est le siège de la vision, permet de décoder l'information visuelle. Les informations lumineuses sont conduites et interprétées dans l'aire visuelle primaire et secondaire, en fonction de la couleur, la forme, le mouvement, la localisation, ou encore en ce qui concerne la reconnaissance des visages. Pour cela, on y trouve l'aire visuelle primaire qui correspond à la perception des stimuli visuels, l'aire visuelle associative qui permet la reconnaissance et l'interprétation des ces derniers, et l'aire intégrative commune qui permet elle d'intégrer les interprétations des aires associatives sensitives, et transmet les réponses adaptées au reste du cerveau, favorisant l'émergence d'une pensée.

- **Le cervelet** :

Il joue un grand rôle dans le geste, l'équilibre, les adaptations posturales et la marche. Il est également responsable de rôles sensitifs et perceptifs, cognitifs (orientation spatiotemporelle et mémoire notamment).

La fonction sensorielle est donc complexe, par sa mise en place et par les diverses structures qu'elle implique. En psychomotricité, la globalité du sujet est au centre des réflexions. Comment alors proposer des médiations qui permettraient l'émergence du sujet via cette fonction sensorielle ?

⁴⁷SAUZEDE A., 2011, p 12

C) Quelles médiations sensorielles pour étayer la représentation de soi ?

« Médiation » vient du latin *mediare* signifiant « être au milieu, intermédiaire ». Ces définitions dévoilent déjà le rôle qu'aura la psychomotricité dans le choix de ses médiations : il s'agira de servir d'intermédiaire entre soi et l'autre, en proposant un espace, un temps, une activité particulière.

1. Les médiations corporelles

La médiation corporelle peut être artistique (peinture, poterie, danse ...), sportive (escrime, arts martiaux ...), ou encore psychocorporelle (jeu dramatique, relaxation ...). Elle demande un engagement direct du corps, engagement inscrit dans la relation à soi et à l'autre.

La médiation⁴⁸ choisie sera alors le lieu privilégié des expériences psychomotrices, où le patient pourra prendre conscience de ses sensations, de ses perceptions, de son corps. Le lien entre émotions, sensations, perceptions et représentations permettra une élaboration qui aidera le sujet à ressentir, éprouver, et finalement intégrer son corps pour mieux se le représenter.

L'expression corporelle propre à chacun sera soutenue par le psychomotricien, dans le but de transformer les éprouvés en représentations. « Au travers des activités ludiques, c'est toute l'expression du corps et sa fonctionnalité qui se déploient au service de la maturation et d'une construction « d'être soi » »⁴⁹. Aider à gérer l'action du corps revient alors à le reconnecter à ses sensations et à ses représentations.

Des médiations qui se baseront sur le corps, surface de réception des stimuli sensoriels externes ou internes, seront donc propices à la prise de conscience du Je.

2. La salle Snoezelen

Ces réflexions concernant le corps à remettre au cœur d'un environnement donné, nous conduisent aux travaux d'Ad Verheul et Jan Hulsegge, dans les années 1970 en Hollande, et à leur technique d'environnement multisensoriel, ou Snoezelen⁵⁰. Ce terme désigne un néologisme combinant les mots allemands signifiant « renifler, sentir » (*snuffelen*) et « s'assoupir, somnoler, se laisser aller à la détente » (*doezelen*). La notion se réfère donc au bien être, au plaisir et à la détente, dans une atmosphère où les sensations sont mises en avant. L'idée veut alors que la personne puisse profiter d'un environnement proposant des stimulations sensorielles générant du plaisir et de la détente dans un climat sécurisé et

⁴⁸ POTEL C, 2010, p367

⁴⁹ *Ibid*

⁵⁰ BIDON-LEMESLE C. (2010), « L'approche Snoezelen : de la rencontre à l'éveil », issu de son intervention au séminaire *Polyhandicaps et handicaps de grande dépendance*, Paris, non publié à ce jour

« cocoonant ». Remarquons que cette technique est très utilisée chez les personnes présentant un déficit intellectuel. Proposer à une personne d'expérimenter la salle Snoezelen, c'est lui laisser le choix d'être acteur de sa propre vie, c'est lui reconnaître le droit de choisir sa place et de la laisser agir sur son environnement, pour mieux découvrir son Soi intérieur. Elle pourra découvrir des expériences singulières qui étayeront son univers sensoriel et émotionnel. L'avancée psychique se fera alors à partir du renouveau des stimulations sensorielles ayant pu être carencées pendant l'enfance. Or comme nous l'avons vu, c'est bien quand l'enfant expérimente par lui-même qu'il se crée ses représentations et accède à son Moi.

3. L'approche sensori-motrice d'André Bullinger

André Bullinger s'est attaché à développer la théorie d'un développement sensori-moteur de l'enfant que nous avons étudiée. Conscient que des déficiences pouvaient altérer ce processus, il suggère de proposer des moyens de rassemblement pour renforcer le sentiment d'unité, et faire exister les parties corporelles pouvant être négligées. Toujours en considérant que c'est l'intégration de l'axe corporel comme point d'appui stable, et donc la bonne régulation tonique, qui permet l'émergence du Moi, il avance quelques exemples non exhaustifs de pistes de travail. On peut alors citer un travail vestibulaire, qui comporterait des changements de positions, voire des activités de vibrations mettant en jeu l'os – le dur. Il cite également l'idée d'étudier les stimulations péri-orales, de proposer les jeux de bouche (bulles, ballons...) ou encore les liaisons main/bouche, qui contribuent également à ce sentiment d'unité, cette représentation d'un Moi unifié qui fait souvent défaut chez la personne déficiente intellectuelle. Les activités d'enroulement ou de respiration sont d'autres formes de réunification.

Bullinger A. rappelle donc par son approche qu'il faut aider le sujet à vivre les expériences sensorielles par lui-même pour se faire une meilleure représentation de soi.

4. La relaxation

Le sentiment de contenance peut également être apporté par des méthodes de relaxation.

Robert Durand de Bousingen donne une définition précise des techniques de relaxation, en tant que « conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, [...] s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique »⁵¹. La relaxation est donc source de modifications physiques (détente musculaire, chaleur, pesanteur...) et psychiques (images mentales, émotions...). Elle permet la prise de conscience

⁵¹ DURAND DE BOUSIGEN R., 1971, p46

du corps, et donc la sensibilisation au schéma corporel et à l'image du corps. Cette médiation renvoie aux fonctions du maternage, où une personne prend soin d'une autre, et favorise le narcissisme. Le psychomotricien, amenant un cadre contenant, offre au sujet la possibilité de se créer des repères corporels indispensables à l'exploration du monde externe et à ses représentations internes. Dans le cas de la déficience intellectuelle, ces représentations ne sont pas fixes et donc pas sécurisées. Le psychomotricien a alors un rôle de médiateur dans la (re)construction de la représentation de soi : il vient amplifier les sensations corporelles et le ressenti de l'enveloppe pour aider au sentiment d'unification du corps, mais tout en laissant le sujet acteur de sa prise en charge, acteur de l'émergence de son Moi.

Notons alors qu'un temps d'expressivité sera pertinent à la suite d'une relaxation.

5. L'expression des ressentis

L'expression des ressentis peut concerner la verbalisation : la mise en mot aide à mentaliser l'expérience. Le rôle du thérapeute sera alors d'aider à cette mise en mot, de l'accompagner, en le questionnant ou l'incitant à verbaliser librement sur ses ressentis.

Il s'agira également de laisser la créativité du sujet s'exprimer, quelle que soit la forme qu'elle prend, en fonction de son vécu. Le Docteur Eric Lardinois parle de deux types de créativité : « une créativité de type « utilitaire » destinée à résoudre des problèmes en tous genres ; et une créativité de type « gratuite », ayant pour but premier l'expression de soi, le plaisir, et l'épanouissement qui en découlent »⁵². La créativité s'appuie sur l'imagination personnelle, pour en faire émerger des traces écrites, graphiques, sonores etc. Elle est donc une forme d'expression du Soi et à favoriser pour accéder à la conscience de Soi. Ainsi, le psychomotricien pourra inciter le patient à modeler, dessiner, peindre, *etc.* afin que le sujet se découvre par son action qui prend forme sur un plan matériel. Créer revient à agir sur le monde ; créer en rapport avec ses ressentis serait alors agir sur le monde en montrant et découvrant à la fois son Moi.

Vouloir palier aux carences du Moi semble donc revenir à reprendre le processus de développement de l'enfant, qui se construit grâce aux stimulations sensorielles qu'il découvre au sein d'un environnement donné. Le psychomotricien aidera ensuite à leur assimilation, afin que la personne les intègre et devienne un Je qu'elle pourra se représenter.

Je vais à présent éclairer cette théorie par mes observations cliniques.

⁵² LARDINOIS E., 2005, p3

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation de la structure

A) L'Institut Médico-Educatif

L'Institut Médico-Educatif (IME) de mon stage offre 94 places pour accueillir des enfants et adolescents porteurs de déficiences légères ou moyennes, avec ou sans trouble du comportement associé, âgés de 5 à 20 ans, et orientés par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Il permet un accueil en externat, ou en internat 207 jours par an.

Le projet de l'IME est d'offrir un cadre médico-éducatif adapté à chacun, en s'ouvrant à des partenariats divers. Une relation d'aide aux familles peut également être proposée.

L'IME s'organise en trois services :

- La Section d'Education et d'Enseignement Spécialisée (SEES), comportant quatre groupes éducatifs d'enfants entre 5 et 13 ans.
- La Section d'Initiation à la Première Formation Professionnelle (SIPFPRO), composée de six groupes éducatifs d'adolescents et jeunes adultes entre 14 et 20 ans.
- L'internat mixte, ouvert à dix-huit jeunes d'au moins 14 ans.

Au sein de l'IME, une équipe pluridisciplinaire élabore et évalue régulièrement les projets personnalisés des personnes accueillies, en recherchant au maximum une relation d'alliance thérapeutique avec les parents ou représentants légaux. L'accompagnement se veut global :

- Accompagnement éducatif : le but est de permettre le développement des capacités pour mieux appréhender la vie quotidienne, dans un souci d'autonomisation, de socialisation, et d'expression de la personnalité. Des activités sportives et manuelles, entre autres, aident à ces objectifs.
- Accompagnement pédagogique : six enseignants spécialisés, répartis pour six classes, aident les enfants et adolescents à acquérir des connaissances en accord avec leur niveau, leurs aptitudes, et leur âge.
- Accompagnement préprofessionnel : il peut commencer à 14 ans, et propose d'acquérir des aptitudes professionnelles dans six ateliers que sont le conditionnement, les espaces verts, la lingerie/blanchisserie, l'informatique/reprographie, la restauration, et un atelier polyvalent (bricolage et petites réparations). L'objectif est de permettre une future insertion professionnelle en milieu de travail protégé (le plus fréquent), adapté ou ordinaire.

- Accompagnement social/d'insertion : sa visée est d'aider les familles et les usagers dans les démarches administratives, grâce à l'action conjuguée d'une coordinatrice d'insertion et de deux assistantes sociales. Elles assurent le suivi en stage, l'accès aux droits, et participent à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes adultes. Leur rôle est également d'assurer les partenariats et d'aider à la coordination des parcours de soins entre les divers établissements et intervenants de chaque usager.

- Accompagnement thérapeutique et médical : selon le projet de chaque enfant ou adolescent, des prestations thérapeutiques peuvent être proposées en orthophonie, psychomotricité, ou avec l'infirmière, de façon individuelle ou collective. Par ailleurs, un médecin généraliste (présent à mi-temps) et un médecin psychiatre (présent à 20%) contribuent à assurer le suivi médical des usagers. Enfin, une art-thérapeute et trois psychologues concourent au cadre de soin pour les usagers dont l'apport serait bénéfique.

L'IME propose trois types de réunions entre professionnels afin d'assurer un suivi adapté au parcours des usagers :

- des réunions de soins, à raison d'une réunion de deux heures tous les quinze jours. Y sont présents les professionnels médicaux (médecins), paramédicaux (orthophonistes, psychomotriciennes, art thérapeute, psychologues), et les chefs de service. Les sujets abordés sont amenés par les participants, qui décident ensemble d'aménagements dans les prises en charge, de l'organisation de l'institut, ou encore des problèmes qu'ils peuvent rencontrer.

- des réunions paramédicales, tous les quinze jours et d'une durée de deux heures également. Elles regroupent l'équipe paramédicale (orthophonistes, psychomotriciennes, infirmière) ainsi que le médecin psychiatre, qui discutent majoritairement de la coordination des prises en charge.

- des réunions institutionnelles, une fois par mois durant deux heures. Y sont présents tous les salariés de l'IME, et les sujets débattus concernent divers thèmes institutionnels (organisation d'évènements de l'institution, actualités, *etc.*).

B) La place de la psychomotricité et ma place dans l'IME

La psychomotricité s'inscrit dans le Projet d'Aide Individualisé (PAI) des enfants et adolescents qui manifestent des troubles psychomoteurs. Elle participe à la recherche du bien-être et à la revalorisation de la personne par une approche globale.

Deux psychomotriciennes sont présentes au sein de l'IME. Elles réalisent des bilans psychomoteurs, dont la demande émerge le plus souvent des réunions de soins où sont présents les médecins. Elles font alors part de leurs observations lors des prochaines réunions, et réalisent des comptes rendus transmis au reste de l'équipe de soin. La prise en charge y est

décidée ou non, conjointement, ainsi que les modalités de celle-ci. Elle peut prendre place en salle de psychomotricité, en salle multisensorielle (Snoezelen) ou sous forme de séances d'équithérapie.

Les bilans se font généralement sur plusieurs séances individuelles, en recherchant les capacités et difficultés de chaque jeune en fonction de grands items psychomoteurs que sont les coordinations globales et fines ainsi que l'équilibre, le schéma corporel et l'image du corps, le tonus, la latéralité et l'organisation temporo-spatiale. La sphère relationnelle est également observée.

Ma maitre de stage travaille toute la semaine à l'IME (du lundi au vendredi) excepté le mercredi. Afin de mieux comprendre l'anamnèse de certains de mes cas cliniques, notons que la deuxième psychomotricienne de l'institut est partie en arrêt maladie en Juillet 2015, et l'est toujours actuellement.

Depuis Septembre 2015, je suis présente sur la journée du jeudi à l'IME.

De Septembre 2015 à la rentrée des vacances de la Toussaint, soit mi Novembre 2015, je partais le matin avec le groupe d'équithérapie, sans ma maitre de stage qui restait à l'IME pour assurer ses prises en charge individuelles. J'y tenais un rôle d'observatrice. L'après midi était consacrée à la prise en charge individuelle d'un jeune qui continue depuis Novembre 2015 son suivi psychomoteur sur un autre jour de la semaine.

Depuis mi Novembre 2015, je suis aux côtés de ma maitre de stage sur toute la journée du jeudi, journée durant laquelle se déroulent différentes prises en charge et réunions :

- un prise en charge de groupe (groupe « relaxation et prise de conscience du corps ») avec cinq adolescents
- des prises en charge individuelles
- des réunions de soin et paramédicales, qui m'ont permis de rencontrer le reste de l'équipe et dont nous avons vu les modalités lors de la présentation de l'IME.

Lors des prises en charge psychomotrices j'ai eu différents statuts.

J'ai tenu un rôle d'observateur dans certaines prises en charges individuelles qui nécessitaient une continuité dans le cadre entre le jeune et ma maitre de stage.

Dans d'autres cas je participais aux séances sans les diriger, comme ce fut le cas pour le groupe de relaxation.

Enfin, j'ai pu mener de façon autonome la prise en charge de deux jeunes, débutant la psychomotricité à mon arrivée en Septembre 2015 et dont l'accompagnement s'inscrit dans mon projet de mémoire.

J'évoquerai alors la prise en charge de ces deux jeunes garçons, ainsi que celle du groupe de relaxation, qui m'a offert une autre vision de la prise en charge en psychomotricité.

II. Jean

A) Anamnèse

Jean est un jeune garçon né le 6 Avril 2005 (11 ans actuellement). Il a vécu en Haïti avec son frère aîné (de 1997) et sa mère, décédée en 2007, lorsqu'il avait 2 ans. Dès lors ils ont tous deux vécu avec leur grand-mère et une jeune tante jusqu'en 2013. C'est cette année là qu'ils arrivent en France, lors d'un regroupement familial à la demande du père, lui-même arrivé en France depuis 1999. Leur père est remarié depuis 2002 avec une dame ayant de graves problèmes de santé, qui de ce fait n'était pas favorable au regroupement familial imposé par monsieur.

Jean est entré à l'IME en Septembre 2014, accueilli en externat à temps plein, pour un retard mental global.

A son arrivée en 2014, il a passé divers bilans psychologiques, qui ont objectivé une importante instabilité psychomotrice, une grande quête affective et une difficulté à maintenir son attention. De plus, les résultats quantitatifs obtenus aux épreuves standardisées ont confirmé une déficience moyenne, et des difficultés notamment en ce qui concerne l'orientation spatiale. Jean réclame constamment l'attention par tout moyen d'expression.

Il est également à noter que son comportement varie selon la situation à laquelle il est confronté :

- en groupe, il est dans l'imitation et la critique envers les autres enfants
- en situation duelle avec un adulte ou lors de groupes restreints, il aide ses pairs et se montre très pertinent

Il présente de nombreux potentiels, mais il semble paralysé par un besoin d'être au centre de l'attention qui n'est jamais suffisant. Il est très curieux et cherche à tout comprendre.

Son rapport à la réalité et l'instabilité psychomotrice évoquent alors l'existence de troubles du développement de la personnalité. Il montre par ailleurs certaines difficultés à respecter un cadre ou des consignes, qui nécessitent alors d'être répétées pour être suivies, ou adaptées afin qu'il les accepte.

Il a commencé une prise en charge psychologique à la suite de ces bilans, à raison d'une séance individuelle par semaine.

Il fait également partie d'un groupe « pédagogie en mouvement », en co-animation avec une institutrice et ma maitre de stage, dont les enjeux sont de palier aux désorganisations motrices et spatiales.

B) Bilan d'observation initial et axes de prise en charge

Des séances d'observations, réalisées par ma maitre de stage en Mai 2014, ont mené à une prise en charge psychomotrice en individuel à partir de cette période, pour son retard mental global moyen, et les troubles psychoaffectifs associés (dépendance à l'adulte).

Le bilan d'observation a fait ressortir un projet thérapeutique, portant sur :

- la sensibilité tactile, proprioceptive et vestibulaire
- la conscience de l'axe corporel
- le développement du schéma corporel d'un point de vue perceptif
- le respect du cadre

Ces axes de prise en charge visaient alors la construction de son enveloppe et de son « Moi » corporels.

C) Rencontre

La première fois que je rencontre Jean au retour des vacances de la Toussaint, c'est ma maitre de stage qui mène la séance, je reste observatrice.

En effet, la prise en charge psychomotrice de Jean avait commencé avant mon arrivée, et son projet thérapeutique voulait que le cadre soit maintenu pour qu'il ait le temps de me connaître avant que je puisse mener les séances.

Jean paraît dès lors très curieux, demande pourquoi ce n'est pas moi qui lui fais les stimulations tactiles avec les balles à picot auxquelles procède ma maitre de stage. Je note déjà qu'il tient à avoir un objet médiateur dans une main. Par ailleurs, je remarque son intérêt pour des stimulations fortes : il demande constamment que la pression soit plus prononcée lors des stimulations tactiles par balles à picot.

C'est alors suite à sa propre demande que je commence à mener les séances dès la semaine suivante. Son intérêt pour les stimulations tactiles faisait bien écho à mes réflexions théoriques de représentation de soi d'où mon souhait de prise en charge.

Je n'ai pas effectué de bilan initial à ce moment là comme sa prise en charge s'inscrivait déjà dans un processus, avec lequel la passation de tests aurait provoqué un trop gros contraste.

D) Evolution au cours des séances

Dès le départ, Jean demande toujours le même type de séance, composée de stimulations sensorielles à l'aide des balles à picot, avec toujours un objet médiateur en main, qui peut être différent d'une séance à l'autre (il peut s'agir de balle, de ballon de baudruche, d'objet vibrants *etc.*).

Les séances se donc axées selon sa volonté sur des activités majoritairement sensorielles, et proposées en position allongée, sur un pouf, ou par le biais de la physioball.

Par ces stimulations sensorielles, l'objectif était de favoriser sa conscience interne et l'aider à être à l'écoute de ses ressentis, afin qu'il s'approprie son enveloppe, pour finalement réduire son angoisse.

Dans les situations de stimulations passives mises en place dès le départ, j'observe que l'immobilité totale est difficile à accepter pour Jean. Il montre un besoin constant de bouger, de manipuler un objet avec ses mains. De ce fait, son niveau tonique reste élevé. Peu à peu, nous avons trouvé ensemble des moyens pour le contenir, en déposant des sacs lestés sur lui, ou en le recouvrant de couvertures. Il a alors su se re-centrer, abaisser son niveau tonique. Ses capacités de conscience et de mémoire sensorielle se sont affinées et il donne désormais plus d'éléments concernant son vécu (« j'ai bien aimé cette séance »), sait désigner une balle qu'il a déjà trouvé plus agréable qu'une autre (« j'ai préféré la balle piquante sur mon bras droit »).

Par ailleurs, Jean montre un intérêt moins important envers les objets médiateurs, il arrive à mieux se concentrer sur son état interne et à se relâcher. Il n'a plus besoin de cet objet qui le rassure et le contient, il paraît désormais capable d'accéder à des points de repère autres que des objets externes. Il se détache de la dépendance absolue envers l'objet médiateur, qui semblait combler un manque de stabilité psychique : sa présence assurait une continuité d'être par une continuité de stimulations dont il était l'acteur.

Parallèlement à ce refus de relâchement total persistant lors des premières séances, Jean refusait d'entrer dans le hamac. Ce n'est donc que plus tard, lorsqu'il a finalement accepté, que nous avons pu profiter de l'enveloppement et des stimulations sensorielles (tactiles et vestibulaires notamment) qu'offre ce dispositif.

Cette proposition se voulait rappeler le mode de portage du nourrisson, dans l'enveloppement et les stimulations sensorielles qui étayent la représentation de soi.

Cela lui fait « mal à la tête » lors des premiers balancements. En lien avec les stimulations vestibulaires, il a peu à peu su dire que c'était la sensation dans sa tête qui était « étrange » et « peu habituelle ».

Difficile à vivre la première fois, la proposition est mieux appréhendée au fil des séances ; il demande lui-même à aller dans le hamac quelques mois plus tard. Il accepte désormais d'être balancé plutôt que d'être lui-même maître de ces balancements, signe qu'il accède à un niveau de relâchement qu'il ne s'autorisait pas auparavant.

Depuis deux mois, Jean demande à mettre de la musique durant les séances. Il choisit les musiques qu'il a l'habitude d'écouter à la radio chez lui (chanteurs actuels). Cela semble refléter son besoin d'enveloppe, qui ici prend la forme d'une enveloppe sonore et rassurante. Il semble vouloir devenir l'acteur de la séance de psychomotricité, montrant qu'il cherche à s'affirmer, à évoluer dans un cadre où il se sent bien.

J'observe cependant la persistance d'une problématique d'attachement à l'adulte, notamment en fin de séance, lorsque ce moment semble laisser son angoisse l'envahir entièrement et qu'il se met à poser de multiples questions et à toucher tout ce qu'il trouve.

Jean a donc besoin de se sentir sécurisé afin de vivre pleinement les propositions sensorielles. Mais ce sont justement ces stimulations qui l'aident à lui faire sentir son corps unifié et sécurisé. Il sait trouver des moyens pour se contenir (la musique) et se permettre de s'investir, mais Jean se trouve dans une quête identitaire encore très dépendante de l'accompagnement de l'adulte.

Il accède peu à peu à une prise de repère stable sur son propre corps, comme le montre son désintérêt progressif envers les objets médiateurs, et sa meilleure conscience de lui-même, mais il a encore du mal à équilibrer les situations qu'il vit de façon passive (les stimulations données par l'adulte) et celles où il en est l'acteur (se séparer de l'adulte), équilibre qui permet l'émergence du Je.

E) Bilan psychomoteur final et conclusion

Durant deux séances, fin Avril 2016, j'ai fait passer quelques tests à Jean, bien que je ne puisse les comparer à un bilan initial, et qu'il continue de refuser une partie des propositions.

Les résultats de la passation de *L'épreuve de motricité gnosopraxique distale (EMG)* sont bons : il réalise correctement et rapidement les gestes, il semble bien comprendre quelles parties du corps sont en jeu et comment exécuter l'imitation. Ce travail d'imitation de gestes a été amorcé par la passation d'un *Kwint*, très bien réussi également. J'ai pu noter qu'il avait accès au symbolisme des émotions dont il est question à quatre reprises : la joie pour le sourire, la tristesse pour le sourire inversé, la surprise pour les sourcils relevés, la colère pour les sourcils froncés.

Ses réponses à *l'Entretien des représentations corporelles de MOYANO O.*⁵³ sont courtes. Il dit ne rien aimer dans son corps, mais ne voit rien qu'il n'aime pas non plus. On voit par là qu'il y a encore un travail à faire du côté corporel pour l'aider à ressentir son corps comme support de sensations plus ou moins agréables et à savoir discriminer ces sensations selon leur localisation.

Son *Dessin du bonhomme*⁵⁴, côté selon Goodenough, correspond à un dessin du bonhomme d'un enfant de 5 ans et 3 mois (bonhomme tétard). Le bonhomme est précaire pour son âge réel et on voit notamment que le tronc est absent. Il montre une intégration très partielle de son schéma corporel, qui manque de repères stables.

D'autres observations plus qualitatives m'ont renseignée sur son degré d'intégration de sa représentation corporelle. Nous reprenons par exemple les propositions de stimulations tactiles avec les balles à picot : il doit me montrer sur une silhouette les parties du corps – en les nommant – où je passerai la balle sur lui. Inversement, je désigne un endroit des silhouettes et il passe sur lui la balle. Cela m'a permis de voir qu'il avait accès à la correspondance entre la représentation graphique du corps et sa propre représentation interne. Il a également une bonne somatognosie.

Au cours de son suivi Jean a donc su se saisir des propositions sensorielles, les intégrer, pour peu à peu se former sa propre enveloppe corporelle.

Grâce aux stimulations directes sur la peau, enveloppe psychique et corporelle, Jean découvre qu'il est doué de maintenance, de contenance (enveloppe sensorielle), et d'individuation, pour reprendre les fonctions du Moi-peau d'Anzieu D.

A présent, il semble plus à l'aise, a pris des repères corporels, qui sont encore à étayer. La dynamique d'agir sur son environnement (lorsqu'il exprime un refus, une préférence) montre qu'il parvient à un niveau supérieur de représentation de lui-même. Il est un Je en devenir, intégrant et intégré dans son environnement. Le travail d'intégration corporelle est à poursuivre, afin que Jean prenne mieux conscience de la complexité que présente ce corps, support de l'organisation physique et psychique, et qu'il se détache de l'adulte.

⁵³ Cf *infra* Annexe 8, p 94

⁵⁴ Cf *infra* Annexe 9, p 94

III. Paul

A) Anamnèse

Paul est un adolescent né le 25 Septembre 2001 (14 ans). Il a une demi-sœur dyslexique de 20 ans et un frère de 9 ans en grande difficulté scolaire, avec un retard important de l'apprentissage de l'écrit. Son passé est marqué par une épilepsie de l'enfance, mais n'a plus fait de crise depuis ses 12 ans, et ne suit plus de traitement depuis février 2014 (13 ans).

Paul présente une déficience intellectuelle moyenne et homogène d'après ses résultats à des tests psychologiques passés en 2006 et 2010.

Il est entré à l'IME le 31 Août 2008. Depuis son arrivée, il bénéficie d'un suivi en orthophonie en raison de troubles de l'attention et de la concentration qui génèrent des difficultés de compréhension. Cette prise en charge se poursuit actuellement à l'extérieur de l'IME, à raison d'une séance individuelle hebdomadaire. Il a également eu une prise en charge en « psychothérapie en groupe restreint » (PGR) de Septembre 2009 à Juin 2015, qui est maintenant devenue individuelle. Elle révèle un niveau d'efficacité pré-scolaire.

Au niveau de la psychomotricité, il bénéficiait d'une prise en charge avant son entrée à l'IME, dans le CAMPS où il était. Les prises en charge en psychomotricité ont débuté à l'IME en Octobre 2010, dans le but de travailler la régulation tonique et l'axe corporel, au cours de séances hebdomadaires individuelles. D'Octobre à Décembre 2012, les modalités de prise en charge ont changé : il a fait partie d'un groupe « mouvements et expression spontanés », mais il s'est trouvé en difficulté face aux autres jeunes du groupe. La prise en charge individuelle a alors repris de Janvier 2013 à Juillet 2015. Comme sa psychomotricienne est partie à ce moment là en arrêt maladie, il nous est adressé à la rentrée en Septembre 2015 pour savoir si la continuité de ce suivi est pertinente.

B) Rencontre et contexte de la passation

Je rencontre alors Paul mi Novembre. Je mène la passation de son bilan, qui se déroule sur les trois premières séances, de 45 minutes chacune.

Paul est concentré sur les exercices proposés mais en règle générale il abandonne en verbalisant « je n'y arrive pas » lorsqu'il rencontre une difficulté. Dans ces cas, il faut l'encourager à recommencer afin qu'il tente à nouveau. Ces observations posent déjà la question d'un manque de confiance en lui.

Paul a parfois du mal à comprendre les consignes, qu'il faut alors reformuler (« longueur » du pas en « taille » du pas par exemple).

De plus, il lui est demandé brièvement à la fin de chaque séance d'énoncer les difficultés rencontrées ce jour ci, comparativement aux séances antérieures : il ne verbalise que très peu (« non c'était pas difficile », « ça allait », « comme la fois dernière »).

C) Bilan psychomoteur initial

1. Equilibre et coordinations dynamiques générales

Maitrise de balles

Paul se débrouille bien lors des passes avec une balle, que celle-ci soit lancée avec les mains ou avec les pieds. On note cependant une préférence à utiliser le pied droit pour relancer la balle. Il s'adapte néanmoins correctement à l'espace (déplacements) pour utiliser son pied dominant.

Son organisation corporelle est adaptée, les mouvements sont harmonieux et précis (bonne régulation tonique), et il fait preuve d'une bonne coordination oculo-manuelle et oculo-podale.

Equilibre statique

Lorsque Paul doit se mettre sur la pointe des pieds, il a besoin de beaucoup de rééquilibrations. Il tient au maximum 7 secondes, qui est un score correct pour son âge.

La tenue en équilibre sur le seul pied droit est difficile : Paul tient 3 secondes. L'exercice sur le pied gauche est mieux exécuté : il tient alors 13 secondes. Ces résultats sont le reflet de la posture de Paul : debout, il reste appuyé sur la jambe gauche où il paraît mettre tout son poids, tandis que l'autre est plus libre et détendue. Cela nous fait penser à une latéralité podale à droite : son pied d'appui est le pied gauche, et le pied d'action est le pied droit.

On notera également que Paul a commencé à se mettre sur le pied sur lequel au final il est le moins à l'aise pour tenir en équilibre, qui peut témoigner d'un manque de conscience corporelle.

Motricité fine – coordinations digitales

Les exercices de coordinations digitales mettent Paul en grande difficulté : il a du mal à exécuter un mouvement conscient et finalisé où les doigts sont impliqués en dissociation les uns par rapport aux autres. Lorsqu'il verbalise, il énonce qu'il n'y arrive pas et abandonne rapidement, ou cherche à contourner la difficulté nouvelle en changeant de main. On retrouve ici le signe d'un manque de confiance en lui.

Examen des syncinésies* pieds joints

Le passage de la position « pieds joints » à « pieds en première » dévoile des syncinésies d'imitation au niveau des mains, qui s'ouvrent de la même manière que les pieds alors que le mouvement demandé ne concerne que ces derniers. Cependant cette ouverture des pieds n'est que partielle : comme Paul reste très en appui sur l'une de ses jambes (la gauche), il lui est difficile d'ouvrir simultanément les deux pieds. L'exercice où il doit écarter un pied puis l'autre, lui rend alors l'action plus aisée, mais les syncinésies sont toujours là. Cette épreuve souligne le défaut de maturation neurologique de Paul entraînant ses difficultés de coordination.

2. Schéma corporel et image du corps

Sens kinesthésique

Le sens kinesthésique, qui est la capacité à savoir où se trouvent les différentes parties du corps les unes par rapport aux autres sans retour visuel, est de bonne qualité.

Dessin du bonhomme (Goodenough) : représentation du corps

Le *Dessin du bonhomme*⁵⁵ côté selon Goodenough montre une intégration du schéma corporel dégradée. D'après la cotation de Goodenough, le dessin obtient un score de 13 points, correspondant au score attendu pour un enfant de 5 ans et 9 mois, là où un enfant de 14 ans aurait 42 points (comme un enfant de 13 ans, âge jusqu'auquel ce test est côté, étant considéré qu'à 13 ans le schéma corporel est entièrement intégré). Ce bonhomme, dessiné sans tronc, marque une immaturité intellectuelle et affective, où l'agencement spatial des différentes parties du corps ne correspond pas à la réalité (est ce la réalité vécue ou représenté qui fait cependant défaut ?) et où l'on suspecte un manque de repères stables.

On peut alors éclairer ce dessin du bonhomme à la lumière des observations faites avec les épreuves de coordinations : nous avons vu que Paul avait un défaut au niveau de sa conscience corporelle et des ressentis qu'il a, ce dessin en est le reflet.

Epreuve de motricité gnoso-praxique distale (EMG) : orientation corporelle

A l'*EMG*, la cotation pour l'âge maximal (7ans) montre une médiane à 9.44/10 (mains) et 12.05/16 (doigts). Paul obtient 7.5/10 aux épreuves des mains, et 8.5/16 aux épreuves des doigts.

Ces résultats dévoilent donc un défaut de connaissance de son schéma corporel et des fonctions perceptivo-motrices associées. L'orientation et l'organisation spatiale semblent être difficiles pour Paul. J'observe en effet qu'il effectue les gestes de façon à voir sur son corps ce qu'il voit en face de lui : le résultat qu'il me donne est donc à l'envers par rapport à ce que

⁵⁵ Cf *infra* Annexe 10, p 95

je lui demande. Cela signe un défaut de décentration, qui explique son manque de réversibilité. Il sait cependant distinguer la gauche de la droite sur lui.

Par ailleurs Paul reproduit beaucoup de gestes en pièce par pièce, c'est à dire en tâtonnant plus ou moins longtemps avant de finaliser la forme, qui révèle un défaut de planification ou une difficulté perceptive.

3. Examen du tonus

Tonus de fond

L'analyse du ballant, qui consiste à provoquer des mouvements alternatifs rapides étirant une articulation, montre davantage de relâchement du côté droit. On peut alors penser que Paul est plus conscient de son côté droit, ayant plus de facilité à le relâcher.

L'extensibilité quant à elle dévoile une plus grande amplitude de mouvement du côté gauche au niveau des épaules, des coudes, et des poignets, témoin d'une tonicité plus importante du côté droit (fréquent notamment chez les droitiers).

Tonus d'action

Les épreuves de capacité à se détendre de Marthe Vyl montrent que Paul possède une bonne capacité à se détendre sur ordre verbal, comme par commande volontaire de sa part, témoin ici d'une bonne maturation neuro-motrice.

L'épreuve des diadococinésies* consiste à faire des mouvements alternatifs rapides, ici des mouvements de prono-supination en gardant la main en bec de cygne.

Lorsque les deux mains font l'objet du mouvement volontaire en même temps, on voit que la main droite est plus rapide et moins couteuse en attention que la main gauche, que Paul a du mal à contrôler.

Lorsqu'une seule main effectue le mouvement volontaire, on observe des syncinésies d'imitation à la fois quand c'est la main droite et quand c'est la main gauche qui est mise en action volontairement.

Ces observations nous dévoilent donc un retard de maturation neurologique (présence des syncinésies), et nous confirment une latéralité neurologique à droite.

4. Latéralité

Paul possède un profil de latéralité d'utilisation (main et pied) à droite. L'examen de son tonus nous a montré que son profil de latéralité neurologique est également à droite : Paul possède donc une latéralité homogène.

5. Organisation spatiale

L'épreuve des pas compté de Marthe Vyl dévoile chez Paul une difficulté dans la structuration et l'adaptation spatiale corporelle. Il ne semble pas comprendre « même longueur » pour le pas, et s'y reprend à de nombreuses reprises pour finalement réussir à suivre à la consigne.

La *figure de Rey*⁵⁶ (passation de la figure complexe) en copie puis en mémoire est une épreuve qui permet d'analyser les aspects visuo spatiaux, visuo constructifs, la planification ainsi que l'exécution des stratégies organisationnelles d'une tâche graphique. Chez Paul on voit qu'en copie la stratégie est bonne. La reproduction de mémoire est cependant difficile : Paul place les éléments de façon très confuse. Par ailleurs il obtient un résultat qui le situe dans une tranche d'âge inférieure à la sienne (résultats d'un enfant de 5 ans), témoin d'un trouble de l'organisation spatiale.

Quand il doit réaliser un plan de la salle avec quelques éléments présents, je vois que Paul a beaucoup de mal à représenter les objets à leur place : ils sont placés sans rapport les uns avec les autres, témoins d'un défaut d'organisation spatiale.

On observe que l'organisation grapho-perceptive (*test de Bender*) de Paul est difficile : les figures comportant beaucoup d'éléments sont réalisées partiellement, et cela est d'autant plus vrai que les éléments sont petits. Il a du mal à organiser les éléments les uns par rapport aux autres. De plus il n'a pas acquis l'octogone (qu'il représente par des carrés).

6. Organisation temporelle

Au niveau de la connaissance du temps, Paul énonce sans problème la date.

L'adaptation au rythme de Soubiran montre un défaut d'adaptation rythmique : au tempo 60, il est incapable de caler sa marche sur le rythme ; il en est de même pour le tempo 90. Il est trop rapide et sa marche semble faire abstraction totale du rythme imposé. En revanche, au tempo 120, qui correspondait plus ou moins à son rythme de marche, il parvient à trouver une corrélation entre ses pas et le rythme. Il réussit finalement à rester en rythme. Le retour au tempo 90 est réussi : Paul a compris l'exercice grâce au passage au tempo 120.

Le *test de Stamback* révèle des difficultés sur le plan de la discrimination auditivo-rythmique (entendre la différence entre les temps longs et courts), de la rétention auditive (mémoriser la séquence entendue), et/ou de l'attention. Lorsqu'il lui est demandé de frapper un rythme de façon régulière, son tempo spontané commence dans les deux cas par un tempo lent, qui s'accélère sans capacité à être régulier. Enfin, le symbolisme dans le cadre de ce test n'est pas acquis : l'espace entre deux points ne fait référence qu'à l'endroit physique où frapper le son.

⁵⁶ Cf *infra* Annexe 11, p 95

D) Conclusion du bilan psychomoteur

Les principaux items psychomoteurs qui me paraissent alors déficitaires sont l'organisation et la représentation corporelle (schéma corporel et image du corps), ainsi que l'organisation spatio-temporelle.

De plus, son manque de confiance en lui peut l'inciter à se déconcentrer et engendrer des troubles de l'attention.

Face à ses difficultés, un suivi individuel hebdomadaire est choisi, à médiation sensorielle et corporelle afin d'aider Paul à se constituer des repères stables sur son propre corps pour ensuite mieux interagir dans un cadre spatio-temporel donné. L'axe affectivo-relationnel est également un objet de travail pour Paul, dans un but de renforcer sa confiance en lui.

E) Evolution au cours des séances

Dès le départ, Paul montre une tendance à refuser les consignes, soit en se dévalorisant, soit en décrétant qu'il ne veut pas le faire. Il a alors fallu mettre rapidement en place une bonne alliance thérapeutique et trouver des méthodes détournées pour l'aider à expérimenter malgré son manque de confiance. C'est peu à peu qu'elle s'installe, grâce à la mise en confiance qu'offrent le cadre et le soutien que je lui fournis. Cela lui a permis d'oser essayer, même s'il craignait la difficulté.

Je me penche alors sur ses problématiques corporelles, me basant majoritairement sur des expériences sensori-motrices et perceptivo-motrices, où le rythme, la posture, ou encore l'expressivité des ressentis sont des axes de travail. Ces idées rentrent dans ma réflexion comme quoi le corps est à la base des ressentis, et que ces sensations primaires, passant par une élaboration cognitive, permettent l'accès aux représentations et notamment à la représentation de soi.

Je choisis de procéder en différentes étapes, en partant de propositions favorisant sa conscience corporelle, pour qu'il puisse prendre son corps comme repère physique et psychique, et qu'ensuite il parvienne à un niveau de représentation mentale de son corps qui lui permette de mieux s'engager dans l'espace.

Ainsi, afin d'étayer sa **conscience corporelle**, je mets en place des propositions axées sur le sensoriel, comme le passage de balles à picot sur différentes parties de son corps, suivie de leur reconnaissance par le toucher en répétant l'ordre de passation, ou la prise de postures sur différentes plaques sensorielles, avec l'utilisation de sacs lestés pour aider aux ressentis et

à l'ancrage dans le sol. Certaines techniques de conscience corporelles telles que la salutation au soleil⁵⁷ (yoga) sont également étudiées pour l'aider à se concentrer sur ses ressentis.

Sa conscience corporelle s'affine peu à peu. Il accède à un ancrage sécurisé pour prendre des postures où il parvient à trouver son équilibre. Il n'a plus peur de se mettre sur une seule jambe même si ce n'est pas sa jambe d'appui, ose ré-essayer le pedalo alors qu'il vient de tomber, en se concentrant sur son axe, son équilibre et ses appuis plantaires.

D'autres propositions consistent à tracer des signes dans son dos qu'il doit reproduire sur une ardoise pour rendre compte de la représentation graphique de ses ressentis corporels en temps réel ou en différé. Notons ici qu'il s'améliore au fil des séances quant à ses ressentis somatotopiques (*en partant du bas du dos, je vais vers le haut, sur la droite, etc*). Il arrive mieux à suivre du stylo en même temps que je passe dans son dos, témoin d'une bonne représentation mentale en temps réel. La production en différé demeure compliquée, à relier à une mémoire corporelle qui serait plus difficile lorsque les stimulations se font sur la partie réduite du corps que représente le dos⁵⁸. En effet, lorsqu'il s'agit de se remémorer quelles balles passent sur quels membres (donc lors de stimulations plus globales), Paul trouve les bonnes associations. Il y a donc à affiner cette conscience corporelle, maintenant qu'il a accès à une bonne conscience globale.

Après avoir travaillé sur son corps propre, j'ai cherché à lui faire expérimenter la décentration, grâce à la représentation mentale de son corps maintenant efficiente. Cela me permettrait ensuite de favoriser son engagement dans l'espace.

Je mets alors en place des propositions visant à ce que Paul se représente en tant que corps dans un espace donné et selon différents référentiels.

Dans un premier temps et dans l'idée que la représentation de soi passe par l'identification, nous travaillons autour des référentiels allocentrés. Je mets alors en place un « jeu des postures ». A partir de dessins de postures, Paul doit me décrire comment me mettre dans la même posture, puis nous échangeons nos rôles. Nous refaisons cet exercice plusieurs fois au cours de sa prise en charge. En début de suivi, il peine à donner les éléments corporels en jeu et à trouver le vocabulaire adéquat (plié, tendu, vers le haut, penché, etc). Il accède à ces notions et il parvient à établir un projet moteur qu'il verbalise pour mettre une personne dans la position qu'il souhaite. Cela reflète l'acquisition de bons repères corporels égo et exocentrés, et d'une bonne capacité d'organisation psychomotrice.

Dans un deuxième temps, nous passons par la réalisation de plans de la salle de psychomotricité, auxquels Paul doit associer aux annotations dessinées sur un plan de la salle des objets et emplacements réels⁵⁹. Comme nous partions d'exercices de conscience corporelle,

⁵⁷ Cf *infra* Annexe 12, p 95

⁵⁸ Remarquons cependant que le dos est pourvu de moins de récepteurs sensoriels que d'autres parties du corps telles que les bras ou les jambes

⁵⁹ Cf *infra* Annexe 13, p 96

il a pu prendre son corps comme repère pour se saisir d'autres éléments de référence. Paul acquiert peu à peu les notions de référentiels égo et exocentrés.

Pour favoriser son **engagement corporel dans l'espace**, je lui propose également des exercices de marche où il doit associer des actions (sauter à cloche pied, faire demi tour, s'arrêter, ...) à des sons (frappe dans les mains, sons vocaux, tambourin, ...). Etant un jeune dynamique, Paul se prête volontiers aux propositions et aime en faire de lui-même (« sur ce son, je peux faire ça ? »). Les associations entre les sons et les actions lui demandent une grande concentration, qu'il parvient à maintenir tant qu'il ne fait pas trop d'erreurs, reflétant sa peur de l'échec. Là encore il faut l'encourager, et appuyer le fait qu'il est acteur de ces propositions car il choisit la majorité des gestes et des sons, pour qu'il accepte de persévérer. Il engage facilement son corps dans l'espace, prend son temps pour réfléchir, ne se laisse pas déstabiliser par les sons.

Ainsi, en équilibrant les situations où il est à l'aise et celles qui le mettent en difficulté, Paul (ré)expérimente des situations sensorielles et motrices d'où il fait émerger sa propre unité corporelle, en lien avec l'espace qui l'entoure. Il accède à une représentation mentale stable de son corps. Il sait désormais exprimer ce qu'il ressent (que ce soit des stimulations tactiles avec des balles à picot ou encore un sentiment de fatigue) et a une meilleure conscience corporelle.

Par ailleurs, il accède également peu à peu à l'expression de ses ressentis, par le modelage, le dessin, la parole, qu'il rejette moins qu'en début de suivi.

Il connaît mieux ses difficultés mais arrive à prendre son temps, à se concentrer pour les surmonter.

F) Bilan psychomoteur final et conclusion

Lors de son bilan final, que je fais passer en deux séances au mois d'Avril 2016, je centre mes observations sur les items qui faisaient défaut au premier bilan, à savoir l'organisation et la représentation corporelle ainsi que l'organisation spatio-temporelle. Il est à noter en premier lieu que son attention est bien plus soutenue, et il respecte mieux les consignes.

1. Schéma corporel et image du corps :

Dessin du bonhomme (Goodenough): représentation du corps

Son Dessin du bonhomme⁶⁰ est réalisé avec beaucoup de concentration. D'après la cotation de Goodenough, le dessin obtient 18 points, qui correspond au score attendu pour un enfant de 7 ans. Il subsiste donc encore un trouble du schéma corporel, visible par le cou toujours absent, les membres supérieurs qui émergent trop bas sur le tronc, ou les détails qui

⁶⁰ Cf *infra* Annexe 10, p 95

sont peu nombreux. On y voit cependant l'apparition d'un tronc, absent au premier bilan. Le dessin est plus proche de la réalité que le premier. Paul a donc évolué sur le plan de la représentation du corps et a intégré de nouveaux éléments sur le plan de son schéma corporel.

Epreuve de motricité gnoso-praxique distale (EMG) : orientation corporelle

L'EMG est bien réussi. Paul obtient 9/10 pour les mouvements des mains et 13/16 pour ceux des doigts. Rappelons que la cotation pour l'âge maximal (7ans) indique une médiane à 9.44/10 (mains) et 12.05/16 (doigts) : il est donc plus proche de cette médiane qu'au premier bilan. Par ailleurs, il prend son temps pour regarder la position des mains à imiter, et arrive à la reproduire sans difficulté, ni pièce à pièce. Là encore, on peut dire qu'il a acquis une meilleure conscience de lui, et qu'il arrive à repérer, à partir d'un référentiel exocentré, les éléments corporels à mobiliser selon un projet moteur désormais efficient.

2. Organisation spatio-temporelle :

Reproduction d'un plan de la salle⁶¹

La reproduction d'un plan de la salle est rapide et précise. Il choisit directement certains éléments comme repères pour construire son plan, et décrit où lui et moi nous trouvons sur son plan.

Epreuve des pas comptés de Marthe Vyl

Les Pas comptés de Marthe Vyl sont réussis : il sait s'organiser dans l'espace et s'adapter aux contraintes que je lui donne, n'a pas peur d'engager son corps dans l'espace.

Test de rythme de Soubiran

L'adaptation aux cadences du Test de Soubiran est tout aussi bonne : ses pas sont calés sur les temps, précis.

Il va également volontiers dans le hamac pour clôturer ces différentes séances de tests. Il s'y relâche et apprécie autant les tournoiements que les balancements. Il se relâche spontanément.

Il me paraît au bout de cette année moins instable et plus précautionneux quand une proposition nécessite une grande attention. Ces observations me font dire qu'il est plus à l'aise sur le plan corporel et psychique : il paraît s'être approprié son être unifié, corps récepteur des stimulations sensorielles mais également moteur et acteur dans l'interaction avec son environnement. Il lui resterait maintenant à affiner ses représentations de lui, en poursuivant ce travail d'intégration psychocorporelle.

⁶¹ Cf *infra* Annexe 14, p 96

IV. Le groupe de relaxation

A) Présentation, objectifs et moyens

Le groupe de relaxation du jeudi matin est en place depuis Septembre 2014. Il comportait alors quatre adolescents lors de mon arrivée mi Novembre 2015, puis une cinquième jeune y a été intégrée en Janvier 2016.

Les **axes de travail** de ce groupe de relaxation sont les suivants :

- prise de conscience corporelle
- écoute de son corps (état, limites, capacités, appuis ...)
- trouver une position adaptée à la relaxation
- obtenir un lâcher-prise
- augmenter la confiance en soi
- travailler la respiration

A long terme, le but est de rendre les jeunes autonomes quant à la recherche d'un état de détente, afin de l'utiliser en dehors des séances.

Les **moyens** mis en place pour ces différents objectifs sont :

- la gymnastique douce
- différents jeux de postures, yeux ouverts et fermés
- des massages et auto-massages par différentes stimulations tactiles
- des formes de relaxation par mobilisations passives de segments corporels par autrui
- la visualisation mentale pour amener à la détente
- des propositions centrées sur les appuis au sol pour travailler l'équilibre et les sensations plantaires
- la verbalisation des ressentis

Je n'ai jamais dirigé cet atelier, j'étais participante au même titre que les adolescents.

B) Le cadre des séances

Les séances sont hebdomadaires, à raison d'une fois tous les jeudis matins, et durent 45 minutes. Au début de chaque séance, on demande aux jeunes de nous verbaliser ce que nous avons fait à la séance dernière. Ce premier exercice est souvent difficile. Les jeunes parviennent finalement à retrouver la séance en se complétant les uns ou les autres.

La séance consiste ensuite en une prise de conscience de l'état interne, conjointement à un travail de détente. Cela se réfère à une écoute de ses ressentis corporels (respiration, stress ...) autour de la prise de conscience qui peut prendre place sous diverses formes, telles que :

- l'éveil corporel, en mobilisant différentes parties du corps. Cette proposition peut se faire en individuel ou en binôme, et donc de façon active ou passive.

- la prise de conscience des appuis plantaires sur différentes plaques sensorielles

- le ressenti des appuis dans diverses positions (allongés sur le dos, sur le ventre, sur le côté, assis, à genoux...)

- l'écoute et l'observation de la respiration (en plaçant une balle ou les mains sur le ventre, en respirant activement ou de façon habituelle...) sur soi et sur un autre

Seuls ou en binômes, les jeunes vivent des expériences actives et passives qui les connectent à leur sensorimotricité.

Ils peuvent ainsi à développer leur sensorialité, en lien avec leurs émotions, et leurs représentations.

Enfin, l'expression de leur ressentis est faite par divers moyens comme la parole ou le dessin, en fin de séance. Il y a toujours ce moment, qui vise à les faire prendre conscience ce qu'ils ont pu vivre, afin de mieux inscrire leur vécu dans leur représentation corporelle.

C) Présentation et évolution des adolescents

1. Kévin

➤ Présentation

Kévin est né en Juillet 1997 (18 ans), et présente un retard global psychomoteur et une obésité. Il a également eu une cyphoscoliose* qui fut opérée, améliorant son équilibre statique. Il faisait de nombreuses crises d'asthme durant son enfance.

Il est entré à l'IME en Septembre 2002.

Des bilans psychologiques ont montré que Kévin présente une déficience intellectuelle moyenne. Il était pris en charge en psychomotricité en individuel depuis 2003, mais cela s'est interrompu en Septembre 2009 pour cause d'hospitalisation. La prise en charge a repris en Octobre 2010.

Lors de son bilan psychomoteur de Novembre 2012, Kévin présente une difficulté à se relâcher avec une hypertonie relative, qu'il parvient à diminuer sur induction verbale. Il a un défaut de proprioception et une hypertonie d'action, encore une fois modulable s'il est encouragé pour. Il montre également un trouble de l'attention et de l'aisance et du contrôle gestuel. Il présente une asymétrie corporelle (épaule droite plus basse) et une lordose.

En somme, il a de bonnes capacités mais celles-ci sont souvent entravées par son manque de volonté par crainte d'échouer.

Son projet thérapeutique s'oriente alors sur :

- la revalorisation de l'image du corps
- une meilleure régulation tonique pour l'aider à acquérir une bonne aisance corporelle
- un travail d'organisation spatiale

Il continue alors sa prise en charge individuelle jusqu'en Juillet 2014, durant laquelle il réclame souvent de la relaxation. En Septembre 2014, elle s'arrête, afin qu'il continue dans une prise en charge de groupe, à raison d'une séance hebdomadaire de 45 minutes lors du groupe de relaxation. Il était et reste le seul garçon du groupe.

➤ Evolution

De Novembre à Décembre, Kévin investit beaucoup les séances, et semble devenir autonome dans ses capacités de détente.

En Janvier 2016, il se montre plus dissipé, met plus du temps à répondre aux consignes, semblant manquer d'envie ou faire preuve de paresse. Il faut alors reposer le cadre. Ces conduites seraient à rapprocher à son appréhension des situations nouvelles, et à la cinquième adolescente qui arrive à ce moment là.

Il montre encore une impatience ou une difficulté à maintenir le silence et l'immobilité : il joue souvent avec ses doigts et a du mal à se relâcher complètement.

Cependant, Kévin acquiert une bonne autonomie de détente, il ferme maintenant les yeux de manière spontanée. Il devient plus précautionneux dans les relations duelles lorsqu'il est actif dans la stimulation tactile auprès d'un de ses pairs.

On note également une amélioration dans ses capacités de conscience corporelle qui paraît dans l'amélioration de ses fonctions d'équilibration, bien qu'il subsiste chez lui un défaut de proprioception (yeux fermés). Il semble mieux se poser, se centrer, se contenir.

Du côté des verbalisations, Kévin se montre maintenant très pertinent.

Kévin trouve donc pleinement sa place dans ce groupe, et qu'il poursuive cette prise en charge l'aidera à développer sa proprioception, sa confiance en lui et accepter de complètement lâcher prise.

2. Sophie

➤ Présentation

Sophie, née en Décembre 1996 (19 ans), a connu un retard de croissance intra-utérin, entraînant un retard psychomoteur, une microcéphalie* et une dysmorphophobie*. Elle est aussi atteinte d'une scoliose, et a fait des parotidites* à répétition.

Un WISC IV passé en Décembre 2010 a montré que Sophie présente une déficience intellectuelle légère.

Elle a été suivie en psychomotricité en SESSAD de 2001 à 2007, puis à son arrivée à l'IME (Juillet 2007) jusqu'en Juin 2011. Elle a rejoint le groupe de relaxation à sa création en Septembre 2014. Elle présente un défaut d'attention et d'aisance corporelle. Cela se traduit par une difficulté à garder le silence, source d'angoisse pour elle. En perpétuel déséquilibre statique, elle montre un défaut d'ancrage au sol. Son projet thérapeutique vise principalement la détente et la prise de confiance en elle.

➤ Evolution

Sophie prend bien conscience de l'intérêt des séances de relaxation et le verbalise de façon adaptée et pertinente. Parfois en état d'excitation en début de séance et notamment au début de l'année, elle a besoin d'être canalisée. Désormais elle parvient à se calmer d'elle-même, et à prendre un rythme plus lent que celui dont elle faisait preuve au départ, très précipité. Elle semble avoir murie.

Elle est beaucoup plus attentive à ce qui est demandé et à ce qui se passe dans son corps. Elle prend conscience des mouvements de sa respiration et peut s'en servir pour se détendre.

Elle est également très sensible au comportement des autres jeunes : le calme et l'état des autres l'aident à s'investir d'autant plus.

Elle accepte beaucoup mieux le relâchement total, comme en témoignent ses bâillements en fin de relaxation. Cependant elle présente encore une difficulté de relâchement musculaire, comme le confirme la présence de décharges motrices involontaires et de paratonies*. Le travail de relaxation est donc à poursuivre pour limiter ces états de stress et de tensions qui freinent sa détente, d'autant plus qu'elle demande à continuer le groupe.

Dans un investissement toujours plus important des séances, elle arrive depuis quelques semaines avec des propositions à partager avec le groupe. Ses explications étaient difficiles sur le plan verbal, mais elle a su trouver comment compenser ses difficultés en montrant sur un autre jeune ce qu'elle voulait dire.

3. Chloé

➤ Présentation

Chloé est née en Novembre 1997, elle a aujourd'hui 18 ans. Elle présente un retard des acquisitions, et était sujette à de l'épilepsie depuis ses 4 ans (à foyer temporal gauche paroxystique), mais cela a été traité et depuis 2006 son traitement est terminé. Un bilan psychologique passé en Mai 2010 lui a objectivé une déficience intellectuelle moyenne.

Elle est entrée à l'IME en Septembre 2004.

Elle est alors adressée en psychomotricité pour manque d'aisance corporelle et une mauvaise posture en classe, avec une tendance à faire les choses dans la précipitation.

Son bilan psychomoteur de Juin 2014 montre :

- une hypertonie d'action
- une tension psycho-corporelle et une hypertonie de fond
- un manque de conscience et d'aisance corporelle

Elle est une jeune fille qui a alors du mal à s'exprimer, nécessitant du temps et de la concentration pour y parvenir. Elle présente également des raideurs articulaires, limitant sa souplesse et sa conscience corporelle.

Son suivi en psychomotricité débute en Septembre 2014 au sein du groupe de relaxation.

➤ Evolution

Au départ Chloé a du mal à rentrer dans les séances. Elle montre un besoin constant de parler et de bouger, voire de déconcentrer les autres jeunes. Cela témoigne de son anxiété sous-jacente, visible également au niveau physique par son impossibilité de fermer les yeux ou quand elle commence à se ronger les ongles.

Elle a su accepter le lâcher prise, notamment par les méthodes de relaxation par écoute d'histoires à mentaliser. La musique est également un bon étayage pour sa détente.

Elle présente toujours des difficultés à se contenir elle-même d'une part, et à être précautionneuse envers les autres d'autre part. C'est là que les inductions ou la musique jouent un grand rôle pour l'aider dans ces situations.

De plus, Chloé parvient mieux à verbaliser les situations qui la rendent anxieuse. Elle sait proposer des exercices – qui sont plutôt dynamiques – qui lui permettent d'extérioriser cette tension.

Le groupe est donc bénéfique à Chloé, il lui offre un cadre sécurisé et contenant qui lui permet peu à peu d'accéder à un relâchement total dans une meilleure conscience d'elle-même.

4. Oriane

➤ Présentation

Oriane, née en Juillet 1998 (17 ans) présente un retard des acquisitions avec une dysharmonie évolutive. Elle montre également un manque important de confiance en elle.

Elle est entrée à l'IME en Août 2006.

Oriane passe des bilans psychologiques en Janvier et Mars 2009, puis en Janvier et Avril 2013, qui objectivent une déficience intellectuelle moyenne. Elle présente alors des difficultés sur le plan verbal, ainsi qu'au niveau des représentations mentales. Oriane témoigne également d'une inhibition et de troubles de la concentration, d'organisation et de la mémorisation. Ses difficultés sont majorées dans le cadre d'évaluations, rendant compte de troubles psycho-affectifs. Ce manque d'auto-confiance freine alors son estime et son affirmation d'elle-même.

Oriane commence sa prise en charge psychomotrice en rejoignant le groupe de relaxation en Septembre 2015. Le groupe était alors déjà formé depuis un an, comportant Kévin, Sophie et Chloé. Le projet thérapeutique d'Oriane s'axe alors sur :

- estime et affirmation d'elle-même
- gestion des émotions
- appropriation de son corps

➤ Evolution

Oriane, timide, laisse fréquemment les autres rappeler les séances passées ou faire des propositions. Sa participation nécessite un étayage verbal, mais ses réponses se font de plus en plus pertinentes.

Au départ elle calque son attitude et ses verbalisations sur celles des autres. A présent elle ose fermer les yeux, prendre le temps de répondre et dire ce qu'elle pense. Elle s'affirme de plus en plus, et peut corriger les autres lorsqu'ils n'appliquent pas correctement les consignes ou lorsqu'elle veut qu'ils changent leur façon de faire envers elle.

Le climat de confiance qui s'est installé dans le groupe est porteur pour Oriane, qui sent qu'elle n'est pas jugée et peut exprimer ses ressentis librement. Les expériences sensori-motrices qu'elle y vit lui permettent peu à peu de s'approprier son corps en tant que support des émotions.

5. Sandra

➤ Présentation

Sandra est née en Avril 2000 (16 ans). Elle présente une déficience intellectuelle moyenne (objectivé par la passation d'un WISC IV en Octobre 2012) dans le cadre de carences familiales, éducatives et sociales, avec limite de la personnalité. Sa famille comporte des antécédents de troubles psychotiques. La passation de son WISC montre par ailleurs une excitation psychique, parasitant ses pensées et entraînant des confusions internes. Elle témoigne également d'une grande anxiété face aux situations nouvelles, dans une volonté de tout maîtriser.

Elle rentre à l'IME en Août 2008, et débute alors une prise en charge en psychomotricité en individuel, afin de réguler son état tonico-émotionnel pour l'aider à réduire son anxiété. Ce suivi s'arrête en Juillet 2015, suite à l'arrêt maladie de sa psychomotricienne.

Appuyé par une demande de sa part, elle rejoint alors le groupe de relaxation hebdomadaire en Janvier 2016, afin de l'aider à stabiliser son état psychique et gérer ses émotions, grâce à l'environnement sécurisé qu'il offre. Le projet thérapeutique s'oriente également vers un travail de lâcher prise et de détente.

➤ Evolution

Sandra est une jeune fille agréable et au contact direct. Elle montre un fort désir de grandir, et un grand enthousiasme à découvrir de nouvelles choses. Elle s'est très bien intégrée au groupe, participant et verbalisant dès les premières séances.

Elle a encore du mal à dire aux autres jeunes qu'une façon d'agir envers elle ne lui convient pas, là où la verbalisation de tels sentiments est possible envers l'adulte. Elle a donc une relation à ses pairs qui reste à étayer. Sandra montre néanmoins qu'elle mûrit. Elle s'intéresse à l'avis des autres, écoute, commente. Sa labilité émotionnelle semble peu à peu se stabiliser. De ce fait, elle accepte les nouvelles propositions. Durant les exercices de détente, elle ferme spontanément les yeux, signe d'un bon lâcher-prise. Elle verbalise facilement son bien-être. Le groupe lui est bénéfique du fait qu'il l'aide à accepter le changement dans ce cadre sécurisé où elle est libre d'investir les propositions à sa manière. Elle y vit des expériences psychoaffectives qui étayent son mode de régulation tonico-émotionnel. A l'extérieur, elle se laisse parfois submerger par ses angoisses et peut présenter des états de crise. Cette volonté de participer au groupe témoigne d'une envie personnelle de trouver des solutions pour y palier.

Je vais à présent vous faire part des liens théorico-cliniques qui ont pu émerger de mon expérience.

DISCUSSION

Comment la médiation sensorielle peut-elle aider les personnes ayant une déficience intellectuelle à avoir une meilleure représentation d'elles-mêmes ?

Pour répondre à ma question centrale, je m'appuierai alors sur les diverses réflexions issues de mes parties théoriques et cliniques.

La déficience intellectuelle engendre des troubles cognitifs, psychomoteurs, affectifs et comportementaux, et altère la capacité à se ressentir un Moi. Mes recherches théoriques ont montré que ce sentiment d'être un Moi unique et distinct résulte du lien entre les expériences sensori-motrices et le développement des fonctions cognitives (dont l'accès à la représentation) du jeune enfant.

Dans ma réflexion, qui suggère que travailler sur les sens favorise la représentation de soi, je vais m'attacher en premier lieu à réfléchir au cadre sensoriel en lui-même. Cela fait écho à la notion d'« affordance » décrite par Gibson, qui renvoie à l'interaction offerte par l'environnement, selon l'organisation du sujet. On comprend dès lors l'importance de réfléchir au cadre sensoriel, c'est-à-dire pourquoi se baser sur les sens, pour proposer des séances de psychomotricité adaptées à mes patients.

I. Partir de la sensorialité ...

La déficience intellectuelle empêche les individus de s'adapter correctement à leur environnement, qu'il s'agisse de l'appréhension lors de situations nouvelles et de la régulation émotionnelle. Dès lors, les hypo ou hyperstimulations peuvent facilement désorganiser ces personnes, très dépendante de l'environnement dans lequel elles évoluent. Lorsque l'adaptation n'est pas possible venant de mes patients, c'est bien à moi d'adapter l'environnement pour eux, afin qu'il ne perturbe pas leur état émotionnel et leur disponibilité psychique.

J'axe alors ma réflexion sur les aménagements sensoriels à mettre en place en fonction de chaque type de sensibilité, formant ainsi une véritable enveloppe sensorielle dans laquelle les patients peuvent évoluer.

A) L'enveloppe sensorielle

Pour cela je vous propose de reprendre la classification que j'ai pu établir en partie théorique, et d'en faire ressortir les éléments que je peux moduler au niveau sensoriel afin d'améliorer le cadre de la prise en charge. Je m'intéresse aux moyens qui me sont accessibles pour créer une enveloppe sensorielle adéquate, aux interactions que les patients ont pu faire émerger, ainsi qu'aux élargissements auxquels j'ai pu penser.

1. Système somesthésique

➤ Sensibilité somatique

Sensibilité cutanée

Le toucher fait appel à la fois au sensoriel (la sensation) et à l'affectif (l'émotion, la représentation), comme le confirme l'expression « je suis touché ». Il fait notamment référence aux notions d' « handing » et de « holding » développées par Winnicott D.W., ainsi que le « dialogue tonique » d'Ajurriaguerra J. dont nous avons vu les caractéristiques en partie théorique. Ainsi, adapter l'environnement tactile revient à faire attention aux représentations cognitives et émotionnelles qu'il induit, dans l'objectif de développer la capacité à sentir, comprendre et organiser les informations sensorielles intéroceptives et extéroceptives des patients.

Mon toucher se veut donc le plus adapté possible, pour en assurer les fonctions topographique, enveloppante, intégrante, affective et relationnelle, et communicative. Un contact plutôt soutenu viendra jouer sur la solidité du corps par les sensations proprioceptives du tissu osseux, là où un toucher plus superficiel et moins appuyé aidera plutôt au ressenti de l'enveloppe corporelle contenante. Lorsque que les patients y ont accès, nous essayons de mettre en lien les expériences tactiles vécues avec les émotions et d'y ajouter un aspect mnésique pour renforcer leurs représentations, dans le but de favoriser leur intégration corporelle, comme avec Paul.

Dans ma pratique, ce toucher passe par différentes modalités :

- des pressions contenantes et l'utilisation d'objets médiateurs (balles, ballons) avec Jean en particulier, qui favorisent son ressenti d'enveloppe corporelle
- des expériences de lissage qui ont le même but
- des mobilisations passives qui appellent au relâchement tonique du patient
- ou des vibrations qui font ressentir l'aspect solide du corps (vibration des os), ces trois dernières formes prenant place dans le groupe de relaxation.

L'enjeu est de cumuler les différentes approches que l'on peut avoir au corps, afin de rendre compte de sa spécificité et complexité, pour en avoir une meilleure représentation.

Les adolescents ont pu vivre ces sensations de contenance non seulement en tant que sujet relaxé (recevant les stimulations), mais également en tant qu'acteur des stimulations sur leurs pairs. Ils ont ainsi développé leur écoute et leur empathie envers leurs pairs.

L'utilisation d'objets médiateurs permet de ne pas *intruser* le corps du patient trop directement, notamment pour ces jeunes qui montrent un manque d'aisance corporelle et des troubles de la relation engendrés par leur déficience intellectuelle. Le contact peau à peau suggère en effet une relation directe et pourrait alors entraîner un repli. Ce repli peut se voir

sous forme de crispation globale (hypertonie), visible notamment chez Chloé lorsqu'elle vient d'arriver en séance et qu'elle est encore excitée : le contact peau à peau lui apporte une excitation supplémentaire, qu'elle semble vouloir mettre à distance en se contractant (du coup, elle a beaucoup de sensations de chatouillements). L'objet médiateur permet alors de contourner ce risque par une mise à distance suffisante : Chloé retrouve sa contenance, sa calme et se détend.

Par ailleurs, l'environnement tactile concerne également les habits, et pour cela les jeunes retirent généralement leurs vêtements trop épais (chaussures, manteaux, pulls), pour ne pas être freinés dans leurs sensations. Cependant, certains sont réfractaires quant au retrait des chaussettes. Paul notamment le refuse totalement. Symboliquement, les pieds font référence à notre point d'ancrage sur le sol, et donc à notre prise de repères stables, comme les racines d'un arbre. J'ai alors tendance à relier ce refus à une crainte de trop en montrer sur son manque de repères stables, engendrant que cette partie du corps serait trop difficile à dévoiler.

Il peut également s'agir d'une habitude personnelle : si, à la maison, l'enfant n'est jamais pieds nus, il sera difficile de lui induire cette « mise à nu » d'une partie du corps qui ne l'est jamais.

Je veille alors à m'adapter tout en cherchant à favoriser les situations nouvelles afin qu'ils découvrent toujours plus, et à ce que l'intensité des stimulations tactiles soit adéquate, en leur posant des questions ou en observant leurs réactions infra-verbales (crispations, mimiques ...).

Jean, lors des stimulations tactiles que je lui propose, tente fréquemment de relever son pull, afin que la balle passe à même son ventre ou son dos. Il réclame également que la pression soit très forte, et semble parfois vouloir que la sensation en devienne douloureuse. Ce comportement montre combien il est à la recherche de sensations fortes, comme pour réussir à ressentir au maximum son corps en tant que contenant psychique et physique, à ressentir ses limites sensorielles (les seuils de la douleur) à rattacher symboliquement à ses limites corporelles.

Pour Jean comme pour Paul, les expériences de stimulations tactiles aident à se sentir en tant que corps unifié. Par un travail sur l'ambivalence (balles dures, balles molles), ils expérimentent différentes sensations, permettant l'accès à la différenciation de leur propre corps, qui contient à la fois des zones dures (Jean cite lui-même les os⁶²) et des zones plus molles (les muscles au repos, la peau...). Cet ensemble, commun pour tous les individus, les inscrit dans une lignée humaine qui connote d'ores et déjà l'aspect d'une unité. Ce seront alors les capacités motrices de chacun qui en assureront le caractère spécifique, au sein de cette unité.

⁶² Cf *infra* Annexe 8, p 94

Sensibilité proprioceptive

La sensibilité proprioceptive peut se référer à des situations actives (jeux de posture, d'équilibre ...) ou à des situations plus passives (mobilisations passives segmentaires, induction de vibrations ...).

Pour la stimuler, je passe par la prise de conscience du corps (en posant des sacs lestés sur Jean lorsqu'il est allongé par exemple), par la prise de postures pré-dessinées et des jeux d'équilibre (avec Paul en particulier), par la conscience des appuis (dans le groupe d'adolescents notamment), ou encore par des pressions. Cela permet aux patients d'expérimenter leur corps dans l'espace, et de s'en faire une meilleure idée, comme la déficience intellectuelle freine leurs capacités d'intégration corporelle. Explorer et ré-explore les expériences proprioceptives aide le patient à se faire des représentations stables de son corps, inscrit dans un contexte spatial de référence.

➤ Sensibilité intéroceptive

Il est difficile de savoir comment cette sensibilité est vécue chez l'autre, comme elle concerne une conscience interne des ressentis du corps. Le but d'amener à cette sensibilité est de les aider à ressentir leur instance corporelle afin de mieux se connaître eux-mêmes. A ce titre, l'un des éléments les plus travaillés dans ma pratique est la respiration. S'intéresser aux mouvements qu'elle entraîne, alors qu'elle est habituellement inconsciente, est un bon moyen de centrer l'individu sur lui-même. Explorer l'impact d'une respiration amplifiée de façon volontaire permet alors de comparer les différentes situations, et d'accéder à des méthodes de détente.

En règle générale, l'utilisation de matériel (sacs lestés, plaques sensorielles, balles à picot, foulards ...) aide les enfants et adolescents à mieux prendre conscience de leur corps. J'essaie ensuite d'accéder à leurs ressentis, par la verbalisation ou les formes d'expressivité (dessin, pâte à modeler).

Jean a des difficultés en début de suivi à verbaliser ses ressentis, étant plutôt dans une simple attente de stimulation, sans sembler accorder de réelle importance à leur intégration. C'est au cours des séances qu'il a pu mieux se poser et ressentir, pour finalement verbaliser des ressentis adaptés.

Je demande souvent également à Paul de me dire si mes stimulations tactiles l'aident à se détendre, à se concentrer sur ses ressentis. Pour cela il montre un intérêt particulier envers les sacs lestés que je peux poser sur sa tête ou ses épaules, dans un travail autour du ressenti de son axe particulièrement.

Jean et Paul ont besoin d'un objet ou de mon contact pour se centrer sur eux-mêmes : une « simple » recherche des effets de la respiration leur est par exemple difficile. Il me paraît

alors important pour eux d'amplifier la sensation par ces objets médiateurs, comme pour ajouter une enveloppe physique supplémentaire et médiatrice qui les aide à prendre conscience de leur propre enveloppe.

Dans le groupe de relaxation, les adolescents semblent mieux parvenir à se concentrer sur leur respiration ou sur leurs ressentis de façon autonome : ils trouvent plus spontanément des positions immobiles où je sens qu'ils sont dans une recherche de leurs ressentis, et les objets médiateurs ne sont pas nécessaires. Leurs attitudes semblent davantage sereines, et j'aurais tendance à attribuer cela à leur différence d'âge avec Paul et Jean qui sont encore en grande demande de mouvements pour expérimenter, avec une difficulté à conserver l'immobilité complète.

Par ailleurs, il est souvent demandé aux adolescents du groupe de relaxation de verbaliser au moins un terme pour décrire leur état en fin de séance, aidant ainsi à la prise de conscience de leur état interne par une recherche de mise en mots.

En règle générale, les mots employés restent simples et de vocabulaire courant (« bien », « cool », « agréable », « reposant »), montrant qu'ils sont dans des ressentis qu'ils connaissent et auxquels ils s'habituent, ce qui est bénéfique car ainsi on peut penser qu'ils se ressaisiront des propositions à l'extérieur du cadre du groupe.

2. Système visuel

Au niveau visuel, qui est souvent le canal préférentiel du traitement de l'information, j'applique les mêmes procédures pour palier à l'hypo ou l'hyperstimulation visuelle. J'essaie notamment de gérer la luminosité. La recherche de l'attention est ici primordiale, et je tente alors d'aider à l'organisation du champ de vision.

En effet, le regard est conditionné par la posture et la tension qu'il peut y avoir au niveau de la tête (et réciproquement). De ce fait, j'essaie de toujours me positionner de façon à ce que le patient me voie lorsque je lui décris les consignes, afin si besoin de pouvoir lui faire une démonstration visuelle.

Notons également que certaines couleurs peuvent avoir des connotations particulières : je dispose de deux couvertures polaires similaires dans la salle de psychomotricité. Quand je propose à Jean de s'allonger dessus afin que je procède aux stimulations tactiles, je lui demande s'il veut se mettre sur la bleue ou sur la verte, il choisit systématiquement la bleue. Il serait intéressant de voir s'il fait (inconsciemment ou non) une correspondance avec par exemple la couleur de ses draps ou de sa chambre (relatifs à des situations de détente). Cela refléterait alors sa volonté d'évoluer dans un environnement qu'il s'approprie le plus possible, avec des éléments qui lui sont familiers. Il peut plus simplement s'agir de sa couleur préférée, et dans ce cas son choix montre qu'il a une préférence avérée, et donc une forme

d'affirmation de lui par rapport à la connaissance qu'il a de lui-même : il sait quelle couleur il préfère entre le bleu et le vert.

Réfléchir à la couleur des objets médiateur ou même aux habits peut donc impliquer des éléments dont il serait intéressant d'étudier les liens.

Par ailleurs, mes différents statuts m'ont permis d'apprendre sur ma pratique professionnelle, notamment du point de vue du contact visuel. Je me suis rendue compte que mon regard n'est pas le même suivant les patients et les situations, et je cherche à l'adapter constamment.

Quand je mène la séance, avec Jean et Paul, mon regard est plutôt appuyé et permanent, afin d'encourager par cet étayage visuel les deux enfants à s'engager dans les propositions. Jean notamment montre un besoin constant d'étayage visuel, en lien avec son manque de confiance et son désir d'attention. De mon côté, je prends garde à ce que mon regard n'entraîne pas de mal-être, mais je n'observe pas ce sentiment chez Jean.

Je peux le voir plutôt lorsque Paul dit qu'il n'arrive pas à faire un exercice, et que je sens que c'est le fait que je le voie échouer qui lui est difficile à accepter. Cependant c'est bien mon rôle de voir avec lui ses difficultés, afin que je puisse l'encourager à les surmonter. Ainsi en associant mon regard contenant et mes encouragements verbaux, Paul finit par persévérer. Dans d'autres cas, je me place ailleurs afin de modifier la distance entre nous, voire je lui laisse un temps durant lequel je ne le regarde pas, pour qu'il tente l'exercice sans se sentir observé. A ce moment, il accepte de recommencer sous mon regard, car il comprend que je ne cherche qu'à l'aider à comprendre ses erreurs afin de mieux réussir.

Quand je suis observatrice avec le groupe d'adolescents, j'essaie de ne pas être trop franche dans ma façon de regarder leur évolution. Encore plus à l'âge de l'adolescence, le regard de l'autre est une chose parfois complexe à vivre et qui là encore peut entraîner un repli par manque de confiance en soi. J'essaie donc au maximum d'adapter mon regard, afin d'observer tout en restant à la fois contenante mais pas intrusive.

Quand je participe, au même rang que les adolescents, mon regard se veut discret également, afin qu'ils puissent vivre les propositions sans se soucier de la façon dont ils pourraient interpréter cet appui visuel.

3. Système auditif

Du point de vue sonore, j'observe que la pièce ne présente pas trop d'effet de réverbération du son, et je veille à diminuer le bruit de fond. J'énonce les consignes et questions le plus clairement possible, en maintenant le contact oculaire pour assurer un maximum d'attention à mon égard. L'« enveloppe sonore » (Anzieu D.) que représente la

voix ou les bruits environnants peuvent déclencher des émotions qui entraînent selon le patient un climat apaisant ou insécurisant.

Une musique calme est souvent passée pendant le groupe de relaxation. J'observe alors combien cet environnement auditif apaisant aide les adolescents à se détendre, confirmant l'idée que l'enveloppe sonore est à adapter aux situations.

Dans cette forme de sensibilité je placerais alors les interactions vocales et les temps de silence qui prennent place durant les séances, car ils conditionnent en effet le versant auditif des séances, modulé en fonction des participants.

Les patients verbalisent afin d'exprimer leurs désirs et leurs ressentis. Le dialogue verbal est primordial afin que les deux protagonistes de l'interaction puissent s'adapter au mieux l'un à l'autre. Si le langage est affecté, l'enjeu sera de passer par d'autres modes de communication, comme le dialogue infra-verbal (sur un versant plus corporel avec les mimiques, la gestuelle, soutien ou fuite du regard...), auxquels le psychomotricien reste toujours attentif.

Jean semble angoissé par le silence, et il a su trouver un moyen de compenser cette angoisse en demandant une musique de fond qui lui est familière. Il se sent ainsi plus sûr et est plus attentif aux propositions. Sophie et Kévin montrent également une difficulté à garder le silence, par des verbalisations qui parfois n'ont pas de rapport avec la séance. Cela semble se référer à un besoin de se prouver qu'ils existent, en restant maîtres par une gestion des bruits. Kévin et Jean peuvent aussi montrer le côté inverse : une intolérance aux bruits. Cela ne concerne cependant que les bruits dont, justement, ils ne sont pas les acteurs. Ils verbalisent ainsi leur mécontentement lorsque le téléphone fixe de la salle de psychomotricité sonne. Dans les deux cas, il faut alors accompagner les jeunes personnellement afin qu'ils se sentent rassurés et qu'ils ré-investissent la séance à juste titre.

Je note aussi cette nécessité d'accompagnement personnel chez Chloé, qui verbalise une grande excitation un jour, car elle a vu une balle qu'elle ne connaît pas. Kévin exprime de son côté sa fatigue, fréquente, afin que nos sollicitations soient adaptées.

Toutes ces vignettes cliniques montrent combien les verbalisations sont à écouter (et non seulement à entendre, passivement), pour agir en conséquence, rassurer le patient dans son statut de sujet, pris en compte dans sa propre prise en charge. Leurs verbalisations me permettent de me faire une meilleure idée sur leurs sentiments et sur ma façon de m'adapter à eux. De mon côté, mon soutien verbal est destiné à les encourager, les questionner, les guider dans leur avancée thérapeutique.

4. Système labyrinthique (vestibulaire)

Au niveau vestibulaire, je travaille majoritairement autour des effets du bercement, qui se veut avoir un effet relaxant, à relier au portage maternel de la première enfance. De plus, le vermis cérébelleux, stimulé lors de cette situation, interviendrait dans la régulation des messages sensoriels afférents. De ce fait, je veille à adapter là encore les stimulations à la situation voulue :

- je favorise les stimulations vestibulaires pour étayer le sentiment de contenance, de réassurance, et le ressenti des limites corporelles
- je les évite ou les diminue lorsque je cherche à ce que le patient se concentre sur d'autres modalités sensorielles.

Cette sensibilité nécessite un lâcher-prise, et donc une confiance en l'autre pour l'acceptation de la perte de contrôle.

Ce relâchement est compliqué en début de suivi pour Jean et Paul : étant une inconnue pour eux au départ, il me paraît normal que la confiance ait mis quelques séances à s'installer.

Par un travail conjoint de ressentis des limites corporelles et des sensations, l'objectif a été de favoriser l'alliance thérapeutique pour qu'ils se sentent en sécurité avec moi, pour finalement se sentir sûres envers eux-mêmes.

A la fin de ma prise en charge, ils acceptent mieux les propositions d'entrer dans le hamac ou de se laisser balancer sur la physioball, montrant qu'ils sont en voie d'une prise de repères stables sur leur corps, favorisant leur sentiment de sécurité interne.

5. Systèmes chimio-sensoriels : le goût et l'odorat

Le goût est particulièrement difficile à travailler dans ma pratique, pour des raisons pratiques et d'hygiène qui font que je ne suis pas autorisée à donner de la nourriture aux patients. Jouer sur l'ambivalence des goûts aurait pu aider à l'accès aux différentes sensations et donc à la différenciation du sujet. Un Loto des saveurs pourrait proposer des situations permettant l'accès aux correspondances entre un dessin/mot et un goût, prémisses aux représentations.

Au niveau de l'odeur, je peux faire attention à l'utilisation d'un cosmétique dont l'odeur affecterait la personne en face : que ce soit parce qu'elle est trop attrayante ou son contraire, elle troublerait l'attention. L'odeur est un bon moyen d'interpeler notre imaginaire, car elle est très liée à l'expérience de chacun, teintée d'affects et d'émotions. Elle est donc fortement reliée au passé de la personne. Je n'ai pas eu l'occasion d'utiliser un Loto des odeurs, mais intégrer des odeurs à une séance, par l'utilisation de diffuseurs d'arômes, de parfums ou

d'huiles essentielles, peut aider à mobiliser ce monde intérieur qui nous est propre. Certaines plantes possèdent même des principes actifs, et aident à :

- la respiration pour les odeurs de pin, eucalyptus, thym, laurier ou encore celle de l'arbre à thé
- la détente pour celles de la lavande, la marjolaine, la camomille, l'orange ou la bergamote
- l'éveil et la stimulation, pour celles du romarin et de la cannelle.

Par ailleurs, Kévin et Jean arrivent souvent avec une odeur qui leur est propre. Il s'agit peut être d'une façon de se rassurer encore une fois, d'arriver en salle de psychomotricité avec leur bagage individuel qui forme leur propre spécificité, ici relative à leur odeur. C'est leur enveloppe olfactive, qui leur appartient. Ils ne semblent pas gênés par cette odeur alors qu'à moi, elle me paraît désagréable.

Dans la continuité de cette dernière réflexion, je vais maintenant m'attacher à voir en quoi la perception paraît subjective.

B) Une perception propre à chacun

Stern décrit trois grands types de perturbations ou de dysfonctionnements interactifs précoces :

- l'excès de stimulations
- le manque de stimulation
- leur caractère paradoxal, qui empêche l'intégration

Ces différents tableaux sont à relier aux seuils de perception de chacun, qui sont différents d'un individu à l'autre. Ainsi un même niveau de stimulation peut convenir à un sujet, alors que pour un autre il peut s'avérer trop excessif si son seuil de perception ou de tolérance est bas et qu'il en résulte hyperexcitable. Dans le cas inverse d'une personne plus calme qui aurait besoin de beaucoup de stimulation, ce même niveau peut constituer une hypostimulation. Ces différentes peuvent aussi être liées au passé ou à l'habitué d'une personne : je n'ai pas l'habitude d'être constamment confrontée à l'odeur de Kévin et de Jean, de ce fait leur odeur me trouble. Une carence peut également jouer sur la perception : on imagine facilement qu'une personne habituée à très peu manger aura une sensation de rassasiement (sensibilité intéroceptive) bien plus rapidement qu'une personne qui a habitué son estomac à absorber davantage de nourriture.

Dans ma pratique j'ai en effet pu observer ces différences d'attentes perceptives.

Cette réflexion se retrouve notamment dans les séances du groupe de relaxation, où les jeunes profitent des propositions, mais font preuve d'une recherche d'interprétation et de verbalisation, afin que les stimulations soient en adéquation avec leur seuil perceptif.

Lors d'une séance en Avril 2016, Oriane est en binôme avec Chloé. Elle dit ne pas profiter de la séance car Chloé « appuie trop fort avec la balle », « ce n'est pas agréable ». Nous changeons alors de partenaire et c'est moi qui continue à lui procurer les stimulations tactiles, tandis que Chloé se retrouve avec ma maitre de stage. Oriane affirme alors que les stimulations sont « moins fortes et donc plus agréables », tandis que Chloé procède de la même façon envers ma maitre de stage qui verbalise à son tour que les stimulations ne sont pas trop fortes, afin que le groupe sache son propre ressenti et comprennent que chacun vit les situations différemment. Il y a donc bien une dissemblance de ressentis qui est à prendre en compte selon l'individualité de chaque patient.

Jean, de son côté, demande sans cesse que les stimulations tactiles soient très prononcées, et il aime à les accompagner des stimulations auditives qu'entraîne la musique. La différence avec un nourrisson qui subirait un excès ou un défaut de stimulations est que Jean verbalise facilement ses attentes et ses envies. Ainsi rendues explicites, il est plus facile d'adapter la réponse à ses attentes. Je vois cependant qu'il revendique ses envies, montrant ainsi une bonne affirmation de lui-même et un désir de rester maître. Cela se retrouve dans son besoin de bouger, de mouvement.

Pour prendre d'autres exemples qui feraient appel à un autre type de sensibilité, je vous propose de réfléchir à la différence de demande entre Jean et Paul, lorsqu'ils sont dans le hamac (sensibilité tactile mais aussi vestibulaire). Jean demande que je le balance par des mouvements très amples. Paul quant à lui préfère que mes inductions soient moins fortes. Ils ont donc une différence d'approche quant au ressenti de leur enveloppe lors des stimulations vestibulaires. Jean montre toujours ce besoin de mouvement pour être contenu, tandis que Paul parvient mieux à ressentir ses limites corporelles dans des situations plus calmes.

Faire attention à tous ces détails permet aux jeunes de favoriser la disponibilité face aux propositions et donc la disponibilité face au vécu psychocorporel. Ce dispositif aide alors à la construction psychique des jeunes, en contribuant à l'intégration progressive des capacités relationnelles, l'intégrité psychique, et finalement la constitution de leur Moi.

C'est en grande partie la relation qui va permettre de juger si les stimulations sont adaptées ou non, grâce à une communication verbale (les commentaires des patients) ou infra-verbale (mimiques de rejet, contractions musculaires, régulation tonique...).

La relation qu'offre le cadre thérapeutique que le psychomotricien va donc aider à accompagner de façon adaptée le patient à prendre conscience de son Moi, à *se faire sens*.

II. ... pour se différencier

Les patients que j'ai rencontrés dans ma clinique présentent un accès difficile à la relation à soi, visible dans leurs troubles du schéma corporel ou de l'image du corps. Comment alors aider à la relation aux autres et à soi, qui sont liées ?

Selon le dictionnaire Larousse, la relation est un « caractère, état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un rapport », ou encore un « lien d'interdépendance »⁶³. Il est dès lors question d'un lien permis par une interaction. Voyons l'aspect relationnel que comporte le cadre thérapeutique de la psychomotricité, avant d'en dégager la façon dont cette relation permet finalement une relation à soi.

Rappelons au préalable que les deux protagonistes sont acteurs au même titre dans la relation. On parle de réciprocité (l'aspect bidirectionnel), de contingence (l'aspect adéquat de la réponse) et de synchronie (l'aspect dynamique) de l'échange.

Ma relation thérapeutique dépend dès lors de la singularité du patient comme de la mienne.

A) Place de l'affect

Stern parle d'« accordage affectif » (1989) pour traduire la tonalité affective qui se dégage des échanges, et entraîne des sentiments de plaisir, bien-être, ennui, tristesse, excitation, etc.

Cet aspect de la relation est important à prendre en compte lors d'une prise en charge : un patient peut se trouver dans un état de tristesse ou de fatigue qui va alors freiner son investissement. Il s'agit là encore d'une nécessité de s'adapter, dans la continuité de l'interaction. Dans ce but d'être toujours prête à m'adapter, il n'est pas rare que je propose en début de séance aux patients de choisir entre une proposition calme et une autre plus dynamique. En gardant en tête le projet thérapeutique de chacun, j'estime que la séance doit être la leur, d'où mon choix de séances construites sur un plan semi-structuré.

A titre d'exemple, je citerai la séance du groupe de relaxation qui a suivi les attentats de Paris du vendredi 13 Novembre 2015 :

Les adolescents arrivent avec un besoin de parler de leur état car ils ont tous vu les nouvelles, mais ils ont des difficultés pour exprimer leurs émotions. Ils demandent à

⁶³ Site source : dictionnaire en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844>, consulté le 20.04.16

s'allonger. L'accent est mis sur la respiration, et la visualisation mentale d'un endroit où ils voudraient se trouver. J'observe un gros contraste entre Oriane, allongée à même le sol, qui me fait penser à un état de désarrois, et Kévin ou Sophie, qui se sont installés entourés de coussins, d'oreillers et de couvertures, comme pour s'envelopper dans des tissus contenant car leur enveloppe psychique a été malmenée par l'atrocité des événements. En fin de séance, il est demandé de dessiner, sur trois minutes à chaque fois, tout ce qui vient à l'esprit à l'évocation de « colère », « tristesse », « joie », et « état pendant la relaxation ».

A « colère », Kévin écrit « les attentats de Paris » ; à « tristesse » se retrouvent des larmes ; et à « joie » des soleils et des visages heureux. L'état émotionnel dans lequel sont arrivés ces jeunes a donc été entendu pour co-construire la séance avec eux, et les aider à accéder à leurs émotions. La relation prend ici tout son sens, car elle équilibre les attentes du psychomotricien et du patient quant à la séance, et permet alors un meilleur investissement des propositions. De mon côté, je me sens ce jour là encore plus en relation avec ces jeunes, car nous sommes tous liés par un même sentiment de colère et de tristesse à la fois. Il y a un sentiment fort de partage qui se dégage du groupe, à la fois dans le sens où l'émotion est commune, mais elle est aussi comme divisée, ce qui en allège la souffrance.

J'observe également combien mon propre état émotionnel influence l'interaction, que ce soit d'une façon passive ou active de ma part.

Un jour j'arrive fatiguée (il s'agirait alors plutôt d'une situation passive), et je remarque que mes stimulations tactiles se veulent aussi contenantantes et précautionneuses que j'aurais voulu que l'on m'en induise. Cela entraîne chez Paul avec qui je travaille à ce moment une plus grande facilité à se détendre, que je relierai à ma baisse de niveau tonique, qu'il a du percevoir grâce au dialogue tonico-émotionnel.

Pour illustrer à présent une adaptation active de mon état émotionnel, je ciblerai les variations volontaires de mon niveau de vigilance. Dans le cas de Paul qui est relativement calme de nature, je sais que je n'ai pas à forcément masquer mon état émotionnel pour que la séance se déroule bien. Au contraire avec Jean, je fais attention à être plus vigilante : ma fatigue peut l'inciter à ce qu'il désinvestisse les propositions, là où une grande joie entraîne une trop forte excitation qui empêcherait qu'il se canalise.

Le lien entre les expériences corporelles et les émotions est au cœur de l'intégration psychique. Réguler l'interaction en fonction des affects de l'un ou de l'autre sera donc primordial pour que le patient soit en situation de disponibilité psychique. Au sein de cette relation à l'autre (l'interaction), comment alors mener à la relation à soi ?

B) La relation à soi : l'enjeu d'un corps sensoriel

Nous avons vu comme les interactions corporelles entre l'enfant et sa mère prennent un rôle primordial lors de son développement psychique.

En effet, « Le corps [...] est support relationnel »⁶⁴. C'est par le corps que se construit la relation, et c'est par le corps en relation que se construit la vie psychique.

Dans le cas de déficience intellectuelle ou plus spécifiquement dans le cas de carences affectives comme cela a pu être le cas pour Jean ou Sandra, ce support relationnel qu'est le corps montre un trouble d'intégration. L'enjeu va alors être de leur permettre d'engager leur corps, par les postures, les mimiques, le regard, ou encore le dialogue tonique.

L'intérêt porté au corps « dans sa motricité, sa tonicité, sa fonctionnalité, son expression, [va] donner les moyens au patient d'accéder à la représentation d'un corps vécu comme enveloppe contenance d'un intérieur psychique »⁶⁵. Mais comment alors s'intéresser à la conscience interne, pour mieux se représenter notre corps ?

Nous avons vu en partie théorique que nous sommes informés des caractéristiques de notre corps par le biais de différentes sensibilités, sur lesquelles nous pouvons jouer grâce à l'enveloppe sensorielle sur laquelle nous avons réfléchi.

Le sens qui nous permet de connaître notre état interne est l'intéroception, qui permet l'accès aux émotions ou à des sensations comme la faim. Il s'agirait donc du sens privilégié de la relation à soi, en tant que savoir dans quel état on est, c'est se rendre compte qu'on doit se calmer si on est en colère, c'est demander un peu d'attention si l'on se sent seul, ou c'est se dire qu'il faut qu'on mange si on a faim. Penchons nous alors avec plus d'attention sur cette forme de sensibilité.

L'intéroception résulte de l'activation d'une région cérébrale située dans le lobe temporal du cerveau : l'insula⁶⁶. Cette dernière est le lieu de convergence de données intéroceptives et d'informations corporelles extéroceptives (notamment visuelles), qui proviennent de l'environnement. C'est l'intégration de toutes ces données qui aide à la représentation que nous avons de notre corps. Si le rapport entre les informations intéroceptives et extéroceptives penche du côté des sensations internes, l'image que l'on se fait de nous sera meilleure. Ainsi, renforcer sa conscience intéroceptive permettrait d'améliorer l'image que l'on a de son corps. Certaines pratiques liées à cette intéroception ont pour but d'atténuer les troubles dysmorphiques par exemple. On peut citer les techniques de

⁶⁴ CLUZEAU P., 2014, p 11

⁶⁵ POTEL C., 2016, Cours de psychiatrie intitulé « L'adolescence du point de vue de la psychomotricité », Paris, non publié à ce jour

⁶⁶ ARNOLD C., 2013, pp 75

pleine conscience, qui mettent l'accent sur un retour sur soi et sur les sensations de l'instant présent. Pour moi, l'intérêt de travailler autour de l'intéroception est d'affiner la conscience et la relation que les patients entretiennent avec eux-mêmes, pour avoir une meilleure représentation de leur corps, afin de le considérer comme repère stable pour interagir avec l'environnement. L'induction corporelle ou encore les temps de silence (représentation mentale, ressenti de la respiration ...) sont des exemples de situations mises en place qui permettent d'être à l'écoute de ces ressentis.

Avec Paul, nous effectuons par exemple une « Salutation au soleil »⁶⁷, exercice inspiré du yoga. Nous recherchons alors l'un comme l'autre quels sont les endroits où nous sentons un étirement, nous focalisant ainsi sur nos ressentis. Il sait alors me dire parfaitement quelles articulations ont tiré, et lesquelles sont plus relâchées, me montrant qu'il a une bonne conscience de lui-même.

C'est quand je lui demande de m'entourer les zones d'une silhouette humaine où il trouve qu'il y a eu un étirement que je vois ses difficultés à se représenter son corps à un niveau supérieur qu'est la projection graphique. Il me dessine en effet ses ronds à côté des zones du corps, au dessus des épaules, à droite et à gauche des genoux, mais pas sur la silhouette en elle-même.

La conscience de soi est donc un premier pas vers la représentation de soi, et multiplier ces expériences d'intéroception permet peu à peu d'y accéder grâce à une prise de repères stables et donc mentalisables.

La relation duelle entre le patient et le thérapeute permet donc d'aider à cette prise de conscience, mais cela est-il alors possible lors d'une prise en charge groupale ?

C) L'apport du groupe

1. Une unité contenant et collective

Le groupe permet une dynamique différente que celle d'une prise en charge individuelle : les patients ne sont pas seuls à répondre à une consigne.

De plus, à la différence d'un groupe qui se construit librement sans objet particulier, le groupe thérapeutique permet d'orienter et d'organiser les interactions. Il va alors proposer une contenance autour de la médiation, centrale.

Le cadre reste le même qu'en séance individuelle, et se doit d'être suffisamment protecteur, ferme et maintenu pour étayer l'enveloppe, mais sans être trop rigide pour ne pas

⁶⁷ Cf *infra* Annexe 12, p 95

étouffer les participants. La bienveillance joue alors un rôle primordial, et l'on comprend alors en quoi la composition du groupe devra être réfléchi par le thérapeute.

Dans ma pratique, les jeunes du groupe ont intégré leur cadre de leur séance collective. Ils savent qui sont les participants. Ainsi lorsqu'une personne est absente, les autres le remarquent, cherchent une explication, se rassurent. Ils ont donc intégré le groupe en tant qu'unité collective.

Le groupe permet un apport sur un plan inter-relationnel. En effet, comme ils passent à la fois par un statut actif et passif lors de la relaxation, les jeunes peuvent découvrir un mode de relation à l'autre qui dépasse la verbalisation : le dialogue tonique, l'échange tonico-émotionnel, l'observation de la respiration chez l'autre ou encore la prise de posture impliquée par un autre. Ils peuvent étayer leur capacité d'écoute, d'adaptation et de soin envers leurs pairs, dans l'idée d'être contenu soi-même afin de contenir l'autre. Ils se rencontrent, sociabilisent, échangent sur les problématiques qui leur sont communes (confiance en eux, aisance corporelle...). Ils ont ainsi des avis extérieurs à partir desquels ils font ressortir leur propre expérience : le groupe permet donc également un apport individuel.

2. Emergence du processus de différenciation

« Le groupe va proposer un théâtre d'expression et de mise en scène, où chaque membre du groupe va « jouer sa place » (une place en relation aux autres) ainsi que son sentiment d'existence dans le groupe »⁶⁸. L'enjeu de chaque participant va être de trouver cette place qui lui est propre, de se distinguer des autres pour se différencier alors qu'il appartient à l'unité collective du groupe.

En règle générale, à mon arrivée j'ai trouvé que les adolescents avaient tous besoin de s'identifier aux autres, car ils hésitaient avant de donner un ressenti, et souvent se calquaient à ceux déjà évoqués. Par l'accompagnement soutenant permis par la dynamique de groupe, le but a été de les encourager à affirmer leur différence, parler d'eux et s'ouvrir.

A présent, Chloé est encore très dépendante de l'état général des autres participants. Elle serait donc plus en difficulté quant à sa différenciation, ayant du mal à se contenir elle-même, comme en témoignent ses rires et ses états d'excitation.

Oriane était également beaucoup dans le collage par rapport aux ressentis des autres au début de l'année. Cependant maintenant qu'elle s'est bien intégrée au groupe, elle est dans une vraie recherche d'empathie envers l'autre. Lorsqu'il s'agit de procéder à des stimulations tactiles en binôme, elle s'applique à écouter ses pairs. Elle est parvenue au niveau supérieur et cela va en direction de son individualisation. Elle témoigne même de la capacité à se mettre à la place de l'autre dans l'attention et l'écoute qu'elle porte à ses pairs.

⁶⁸ POTELE, 2010, p 383

J'observe également cette volonté de se différencier de la part de Sophie, qui arrive régulièrement en cette fin d'année avec des propositions de séances dont elle fait part aux autres. Elle est dans une dynamique de construction, que je qualifierai de construction identitaire par sa volonté de s'affirmer.

Kévin quant à lui cherche souvent à montrer qu'il est différencié des autres par son comportement volontairement contradictoire avec certaines consignes. Il montre cependant une attention particulière envers ses pairs lorsqu'il s'agit de situations en binôme.

Sandra, pourtant arrivée la dernière, recherche également cette dynamique d'individualisation. Elle est en quête identitaire de féminité notamment, visible jusqu'à l'aspect physique de ses cheveux, qu'elle a coloré en milieu d'année. Elle présente un comportement souvent empathique, explique aux autres ce qu'ils peuvent ne pas avoir compris.

Tout en apprenant à se connaître, ils tissent des liens entre eux qui permettent de soutenir leur confiance en l'autre et en eux, et d'assurer un cadre propice à l'émergence de leur propre individualité, par leur participation, leurs apports, leurs propositions.

Cet accès à l'individualité fait écho à la capacité d'« être seul en présence de l'autre » (Winnicott D.W.).

D) Etre seul en présence de l'autre

Winnicott parle de cette « capacité d'être seul en présence de l'autre », en tant qu'elle permet un réel travail d'intégration de soi. Elle est positive, signe de la maturation du développement affectif. Nous avons vu en partie théorique que le développement psychique se fait en deux temps : un premier où l'immaturité du moi entraîne un collage à la mère, et un deuxième où l'individu intériorise cette mère et devient alors capable d'être seul sans recourir à celle-ci.

On retrouve ces idées dans le dispositif de la prise en charge psychomotrice :

- un stade moins mature renverrait à la possibilité de calquer son attitude sur les autres membres du groupe ou sur le thérapeute, de la même façon que le nourrisson est dans l'illusion première d'une fusion avec sa mère. C'est le moment où le patient ne peut pas se détacher des actions des autres, où il sera en imitation permanente.

- un suivant, à la capacité de s'individualiser grâce à l'intégration des situations vécues et donc à l'accès aux représentations stables. Explorer et ré-explore permet de se faire une meilleure idée des propositions et finalement de se détacher de l'imitation pour vivre à sa façon les exercices. C'est vers ce deuxième stade que je guide mes patients, en cherchant la meilleure façon de les accompagner depuis ma place de future psychomotricienne.

III. La place du psychomotricien

« Comprendre et donner du sens aux conduites, permet de trouver d'autres moyens pour que l'enfant se stabilise et construise ses représentations corporelles » (Bullinger A.).

En cherchant à comprendre les troubles que présentent les patients, j'ai alors réfléchi en premier lieu à ma position et à mon engagement personnel en tant que future psychomotricienne, sur la plan corporel comme sur le plan psychique, et aux moyens de mettre en place une prise en charge en accord avec leurs troubles : instaurer une cohérence grâce à la rythmicité.

A) Un soutien corporel

« Le psychomotricien est à la fois du côté des acquisitions, des expériences, des structurations psychomotrices en même temps qu'il est du côté de la construction identitaire étant donné la portée symbolique des engagements corporels »⁶⁹.

Le psychomotricien ainsi que le patient sont engagés corporellement. Cela implique d'être à l'écoute d'une communication corporelle, par « l'ajustement tonique, postural, sensoriel, qui a valeur relationnelle primordiale et de parole structurale »⁷⁰. L'accompagnement a donc pour but d'aider à la prise de conscience et à l'intégration du fonctionnement psychomoteur (tonique, postural, sensoriel, relationnel) de l'individu, afin qu'il étaye sa relation à soi.

Lors de ma pratique, j'ai pu constater combien l'adaptation corporelle en fonction du patient pouvait varier, par mon statut différent d'une séance à l'autre d'une part (observatrice, participante, ou meneuse), et par rapport au caractère du jeune en face d'autre part.

En individuel avec Paul et Jean, je cherche à adapter mon engagement corporel aux situations proposées. Ainsi, lors des stimulations tactiles qui se veulent calmes, j'opte pour une attitude sereine, confiante, et douce. J'ajuste également ma voix, afin qu'elle offre les mêmes qualités. J'adapte mon engagement pour qu'ils ajustent leur niveau tonique par cette communication privilégiée qu'est le dialogue tonico-émotionnel.

Lorsqu'il s'agit de situations plus dynamiques, je cherche à accompagner par mes postures, mes gestes, mes déplacements, toujours dans cet objectif d'inciter le patient à s'engager corporellement. Cet accompagnement se fait sur deux versants :

- je suis actrice dans l'exercice au même titre qu'eux, pour favoriser l'imitation, rassurante.

⁶⁹ POTE C, 2016, p 28

⁷⁰ BOSCAINI, 2004, p 18

- je les aide corporellement, afin de leur faire ressentir l'étendue de leurs capacités motrices.

Jean est souvent sur le qui-vive. Il semble avoir une attitude demandant beaucoup de soutien de ma part, à mettre en lien avec sa problématique d'attachement à l'adulte. Cela implique qu'il est souvent sur un versant hypertonique par un état de vigilance permanent. Je m'adapte donc en exagérant mon engagement corporel, notamment lors des situations de stimulations passives où je recherche sa détente. Je surjoue alors ma propre détente corporelle en adoptant une attitude la plus posée possible, exagérant une hypotonie globale.

Paul quant à lui est d'un naturel plus calme, capable d'une meilleure régulation tonique. Ainsi, j'ai pu constater que ma propre façon d'agir corporellement ne nécessite pas de sur-jeu de mes émotions ou de mes gestes. Il est moins dépendant de l'adulte que Jean, et sait prendre du recul pour se canaliser ou agir sans exagération de mon propre engagement corporel.

Dans le groupe de relaxation, lorsque je participe, mon engagement corporel se veut accompagnateur et porteur, afin d'encourager les adolescents à s'engager pareillement. Pour cela, j'essaie d'appliquer au mieux les consignes en cherchant à servir d'exemple (je me relâche bien, pense à mes appuis sur le sol et les égalise, je ferme les yeux pour me concentrer sur mes ressentis ...). Je joue également sur le dialogue corporel afin qu'ils accèdent au dialogue tonico-émotionnel et que cela favorise leur état de détente.

Par ailleurs, participer me permet de mieux me rendre compte de leur investissement : en binôme j'expérimente les stimulations tactiles venant de mon jeune partenaire. Le fait de participer me permet alors de me faire une idée de mes propres ressentis, afin d'avoir un outil de comparaison par rapport au vécu et verbalisations des adolescents.

Lorsque je reste observatrice, je cherche à me positionner de façon non intrusive dans un espace de la salle qui me paraît excentré par rapport à l'endroit où ils évoluent. J'essaie ainsi de ne pas parasiter leur champ d'action.

J'observe que tous les jeunes parviennent à faire abstraction de ma présence : je ne note pas de recherche de mon regard approbateur, et ils semblent invertir les propositions comme si j'étais absente. Je pense que cela est favorisé par l'effet du groupe en lui-même : ils sont familiarisés à la présence d'autres personnes dans la salle alors même que certaines propositions les encouragent à se centrer sur eux-mêmes.

B) Un soutien psychique

Au-delà du soutien corporel que je peux procurer aux patients lors des propositions et des stimulations, rappelons que « la sensation ne se suffit par à elle-même, le psychomotricien va accompagner les mouvements d'intégration des éprouvés dans le champ des émotions, des affects, des pensées »⁷¹.

L'intégration des expériences reste difficile pour les sujets ayant une déficience intellectuelle. J'observe cette complication dans ma pratique, où malgré la continuité recherchée des séances, un jeune peut oublier les étapes déjà travaillées dont il a besoin pour faire un exercice plus compliqué. Par exemple avec Paul, nous ajustons ensemble sa posture, asymétrique au naturel. Il se concentre sur ses appuis et son équilibre, et les expérimente sur différentes plaques sensorielles. A la séance suivante, il est à nouveau question d'équilibre, mais avec des échasses. La situation nouvelle, qui repose sur ce principe d'équilibre travaillée auparavant, lui paraît alors impossible à réaliser. Il faut alors retravailler l'équilibre à même le sol pour qu'il ose monter sur les échasses.

J'essaie alors de proposer des stimulations sensorielles en prenant une fonction de support et de soutien psychique, tout en restant un garant pare-excitation contenant, qui aidera le sujet à comprendre et mettre des mots sur ses vécus, de la même façon que la mère prête à son nourrisson des émotions (« Tu as mal au ventre, tu as donc faim ? Tu pleures, tu es triste ? »).

Ce rôle de support que je prends à ce moment renvoie à une fonction maternelle, qui se rapporte aux sollicitations et éprouvés induits qui ne soient ni trop forts ni trop faibles, afin d'en assurer l'intégration.

Dans le groupe de relaxation, lorsque je suis observatrice, j'ai un regard bienveillant, attentif, disponible, mais garant du respect du cadre. Cela fait de moi une tierce personne au rôle d'observateur en retrait mais présent par un regard et une disponibilité corporelle attentifs et bienveillants, et renvoie à la fonction paternelle que j'occupe dans le cadre thérapeutique. Elle se réfère au maintien du cadre et à la rigueur des techniques et du dispositif établis.

Cette question d'ambivalence entre les fonctions maternelle et paternelle m'a beaucoup posé question avec Jean, qui refuse une grande partie des propositions. Il cherche beaucoup l'aspect maternel dans la demande de stimulations sensorielles, de contenance et d'attention constante. Cependant, il joue beaucoup avec les limites que je lui laisse : il demande un jour à s'asseoir sur ma chaise (la chaise derrière le bureau), ou encore à augmenter le volume de la musique au maximum. Avec lui j'ai pu me rendre compte combien la fonction

⁷¹ POTELE C., 2016, p 24

paternelle avait là son rôle : « la première fonction du Père sera d'aider à l'attachement afin de favoriser le détachement »⁷². Bien que je sois bienveillante et qu'il y ait des choses que je lui autorise, je répète avec lui les règles, les interdits. Cela semble le frustrer dans un premier temps, mais ensuite j'observe qu'il est plus apaisé, rassuré. Dans l'espace de liberté qu'il a durant les séances, savoir que je suis garante du respect du cadre l'aide à se contenir, d'où l'intérêt d'avoir en conscience que je représente à la fois une figure maternelle et paternelle.

Dans ma pratique, je favorise au maximum des séances construites sur un plan semi-directif. J'ai déjà évoqué que je voulais cela afin que la séance soit la leur ; j'irai ici plus loin en développant que je cherche à ce qu'ils soient acteurs de leur prise en charge, dans une finalité d'aider à la prise de conscience de leur Moi.

Il y a donc une co-construction des séances, et c'est pourquoi rappeler qu'il y a toutefois un cadre est nécessaire, notamment pour Jean qui a ces difficultés de limites et d'enveloppe corporelle.

C'est grâce à la contenance de ce cadre que l'alliance thérapeutique sera possible. Paul semble ainsi beaucoup plus investir les propositions où il y trouve une forme de liberté. Par exemple, lorsque nous construisons des plans de la salle et que nous y plaçons des objets à remettre en réel dans la salle, il choisit quel objet prendre, ou quel endroit occuper, et ne rejette pas les propositions.

Dans le groupe de relaxation, où les jeunes font également des propositions, rappeler le cadre passe en majeure partie par la redite des horaires qui sont à respecter, ainsi que la nécessité de respecter les autres jeunes pour favoriser leur détente. Il s'agit de les faire prendre conscience qu'ils sont là pour vivre les propositions qu'on leur propose, mais aussi pour en faire vivre aux autres.

Cependant, « en plus de nos formations universitaires, personnelles, de nos expériences qui contribuent à notre identité, ce sont avant tout nos qualités humaines, nos individualités, nos corporéités, qui nous permettent de trouver les voies de la rencontre »⁷³. Il y aura donc une réelle spécificité pour chaque psychomotricien dans son rapport au patient.

Pour ma part, mon expérience personnelle antérieure m'a davantage appris à prendre une place où j'avais cette fonction maternante. De ce fait, j'ai parfois tendance encore aujourd'hui à vouloir sur-protéger les patients, les aider au maximum pour qu'ils réussissent, sans leur laisser une réelle occasion d'échouer afin de mieux réussir derrière, par essais-erreurs. C'est au cours de ma clinique que j'apprends à trouver l'équilibre avec une position plus paternelle,

⁷²GROSSMANN K.E, 1998, p 44

⁷³ LIOTARD D., 2000, p 58

en rappelant le cadre, et favorisant ainsi la différenciation. Mes réflexions théoriques confortent cette idée, qu'il est nécessaire aux enfants et adolescents de vivre par eux-mêmes les expériences, et non par un appui trop présent, afin de se développer.

Je ne suis dans tous les cas qu'un soutien éphémère, je les aide à découvrir les modes de fonctionnements qui leurs font défaut afin de les travailler avec eux pour qu'ils soient plus à l'aise dans leur corps et dans leurs interactions. Mon but est bien qu'ils évoluent dans l'avenir sans moi.

C) Un soutien qui nécessite une rythmicité

La déficience intellectuelle que présente chacun de mes cas cliniques rend la répétition et la rythmicité⁷⁴ nécessaires et importantes, afin qu'ils comprennent, s'approprient les consignes, les anticipent et puissent mieux les interpréter.

Pour cela, la prise en charge s'inscrit dans une rythmicité visible au niveau du cadre en lui-même.

1. Rythmicité des conditions d'espace

Les prises en charge prennent toujours place au même endroit. Ainsi, elles peuvent se dérouler soit dans la salle de psychomotricité, soit dans la salle Snoezelen, soit au centre équestre pour les séances d'équithérapie. Il y a une permanence du lieu choisi en début de suivi. Lors de mes prises en charge, l'espace occupé est la salle de psychomotricité, que les patients apprennent à connaître au fil des séances et grâce aux propositions qui y prennent place. Je veille alors à ce que l'aménagement de l'espace soit adapté aux possibilités des jeunes qui viennent (éclairage suffisant, salle rangée ...).

Dans le cas de Jean qui a du mal à se contenir, je fais notamment attention à ce que la salle soit rangée à son arrivée, afin qu'il ne soit pas débordé par l'idée de vouloir découvrir tous les objets qui seraient sortis. L'espace en lui-même matérialise déjà l'enveloppe dont il fait défaut, d'où l'importance de fermer la porte ou d'éviter les entrées/sorties de personnes externes au sein de la salle de psychomotricité.

2. Rythmicité des conditions du matériel

Le matériel mis à disposition permet un support pour les propositions. Les jeunes apprennent à le découvrir, passivement (quand je choisis d'utiliser un objet particulier) ou

⁷⁴ la rythmicité fait référence au rythme, ce dernier étant « le facteur de structuration temporelle qui soutient l'adaptation au temps » (J.C. COSTE, 1977)

activement (quand je demande de choisir un objet ou qu'ils expriment un intérêt envers l'un d'eux). Ils peuvent alors retrouver à la séance suivante tous ces objets, favorisant l'intégration d'une permanence de l'objet. Comme le matériel suscite souvent la curiosité des enfants, il m'est possible de m'en servir pour orienter mes propositions. Pour un enfant que je sais plus timide mais que je voudrais inciter à me faire des propositions, je laisse par exemple quelques objets en dehors des placards pour éveiller sa curiosité et l'inciter à être acteur dans la prise en charge. Pour Jean qui, au contraire, est vite désorganisé s'il voit beaucoup d'objets dans la salle, je veille à ranger les objets, et je les sors un par un avec lui pour l'aider à se contenir.

Je m'attarderai ici plus sur la vignette clinique déjà évoquée de Chloé qui manifeste un jour une excitation particulière à la vue d'une nouvelle balle. Cette balle se trouve alors dans la caisse contenant toutes les autres balles à picot. Nous lui expliquons alors calmement qu'effectivement nous avons acheté du nouveau matériel. Introduire de la nouveauté est donc à favoriser dans un contexte où l'on pourra accompagner et rassurer le patient. Ici, il y a un peu de nouveauté (la nouvelle balle) au milieu d'une continuité (les autres balles déjà connues) et c'est cela qui permet de contenir et rassurer le jeune.

3. Rythmicité des conditions relatives au temps

Les jeunes connaissent des modalités de leur prise en charge (jour, heure, durée). Ils peuvent ainsi venir de façon autonome à la salle de psychomotricité, qui permet déjà de les rendre acteur et volontaire dans leur prise en charge. Comme parfois ils ont des difficultés avec la notion du temps, la rythmicité les aide à accéder à une meilleure structuration temporelle.

Dans le groupe de relaxation qui a lieu le matin à l'heure d'arrivée des jeunes et des professionnels, il n'est pas rare que certains soient en retard. Dans ce cas, l'arrivée tardive d'un jeune perturbe tout le groupe, et il faut rappeler qu'il est impératif d'être ponctuel. Le maintien de ce cadre permet que les jeunes puissent mieux s'y sentir sécurisés pour se saisir des propositions. Le cadre est ici assimilable à une durée définie, durant laquelle ils peuvent évoluer. Le but sera que cette évolution se généralise en dehors du cadre.

4. Rythmicité de l'encadrement

Autant que cela est possible, nous nous arrangeons avec ma maitre de stage pour garder un même encadrement pour chaque patient au cours de l'année. C'est pour cette raison qu'avec le groupe d'adolescent ce n'est pas moi qui mène les séances, celles-ci ayant débuté avant mon arrivée et pour ne pas déstabiliser le groupe mis en place. Avec Jean et Paul, au

contraire, je reste seule avec chacun d'eux dans la salle de psychomotricité, pour mener la prise en charge de façon autonome, là où une présence tierce pourrait entraîner une inattention ou un désinvestissement, surtout maintenant que ce cadre s'est bien établi. Être la seule intervenant auprès d'eux me permet d'entretenir un lien avec eux.

Pour reprendre le mode de développement du nourrisson et éclairer ma réflexion, je me réfère alors à la fonction de la mère que nous avons vu : les jeunes, grâce à la relation établie entre nous, peuvent me prendre pour soutien psychique comme la mère qui sert de miroir à l'évolution de son enfant. Ce dernier s'appuie sur elle, s'y attache, pour s'en séparer. Mon encadrement suit le même fonctionnement, à un autre niveau, celui du cadre thérapeutique. Pour Paul et Jean, la continuité de la relation est ici primordiale, et si elle devait s'élargir à une personne tierce elle ne serait pas suffisamment stable pour ces jeunes très insécures sur le plan relationnel.

Finalement, la rythmicité permet de vivre et revivre les expériences, afin de mieux les intégrer. Ces idées se réfèrent au fonctionnement psychique du nourrisson qui intègre ses premières expériences grâce aux rythmes et aux cycles (éveil / sommeil, faim / satiété, présence / absence de la mère ...). De plus, la rythmicité limite les angoisses liées à la nouveauté. A titre d'exemple, les jeunes du groupe de relaxation savent qu'en début de séance nous échangeons sur ce qui a pu se passer la semaine dernière, ainsi ils peuvent adopter un plus haut niveau de vigilance, afin de mieux intégrer la séance pour la mémoriser. De même, Jean me demande systématiquement si je serai là la semaine prochaine, en quittant sa séance. Il verbalise par cette question son besoin de rythme, qui lui permet de se sentir plus sécure car cela lui offre un moyen d'anticiper.

Les jeunes sont alors rassurés de retrouver un espace contenant avec lequel ils se familiarisent pour mieux explorer et développer leurs propres actions. Ils expérimentent la permanence du cadre et de l'enveloppe qu'il propose, et peuvent alors évoluer à partir de ce premier repère stable.

J'illustrerai ici mes propos par la métaphore d'un arbre, qui ne peut pousser et se déployer qu'à partir de sa base, enracinée dans un environnement donné. Mon rôle en tant que future professionnelle me paraît être d'aider à multiplier les expériences corporelles tout en veillant au cadre – l'environnement, afin de faire évoluer ces patients qui ont besoin d'un soutien particulier en raison de leur déficience intellectuelle. De la même manière qu'un tuteur soutient l'arbuste pour qu'il pousse et se déploie, je me considère être un appui temporaire sur lequel les patients peuvent s'appuyer pour l'essor de leur entité psychomotrice et de la représentation qu'ils pourront se faire d'eux-mêmes.

CONCLUSION

Le développement psychomoteur d'un individu est complexe. En particulier, la représentation de soi fait l'objet d'un perpétuel remaniement. La déficience intellectuelle engendre de surplu des troubles qui compliquent ce processus.

Au travers des propositions sensorielles faites lors de ma pratique, chacun a pu se saisir, à son niveau, des aides et du soutien proposés pour évoluer dans sa conscience et sa représentation de lui-même. Finalement, choisir de travailler autour des sens lors de ces prises en charge psychomotrices s'est avéré suivre les différentes définitions que l'on peut accorder au mot « sens » en lui-même :

- « les sens » désignent tout ce qui se réfère aux sensations et perceptions, et donc à la sensorialité sur laquelle nous nous sommes basés.

- le « sens » peut également concerner la direction, le choix d'une orientation, une intention : aller dans un sens. Il aura là été question de suivre les projets thérapeutiques, en amenant les patients vers une meilleure représentation de soi.

- et enfin il signifie la compréhension, la représentation d'une chose. Les enfants et adolescents se sont donnés sens, se sont individualisés par une meilleure conscience d'eux-mêmes afin d'agir de façon harmonieuse dans leur environnement.

Ce mémoire m'a permis d'avoir une première réflexion quant à l'enjeu sensoriel dans le cas spécifique de la déficience intellectuelle. Par l'étendue de leur définition, les sens semblent alors proposer une base de travail bien plus large, applicable à tout autre trouble psychomoteur ou à la recherche d'une meilleure qualité de vie quotidienne. Ces questionnements sont loin d'être finis, ils signent le départ de mon cheminement professionnel et personnel.

« Un voyage de mille lieues commence toujours par un premier pas » (Lao-Tseu). Ce premier pas, je l'ai franchi grâce à ce mémoire.

Il m'a notamment aidé à prendre une place, *ma* place en tant que future psychomotricienne. Dès lors, savoir moi-même qui je suis favorise mon soutien stable et sécurisant dans l'accompagnement des capacités et des difficultés propres aux patients. Pour cela, connaître au mieux mes forces autant que mes faiblesses est un atout. Pour relier toutes ces recherches à mon vécu et mon appréhension d'avoir un jour craint de perdre cette capacité à être un support suffisamment stable pour mes patients, je dirai que je n'ai plus peur. M'adapter aux autres me permet de m'adapter à moi-même et à mes faiblesses, et réciproquement. Et j'y vois là toute la richesse du métier que j'ai choisi : il est une leçon *éternelle* de vie.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARET J.-M. (2011), in SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-B., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Bruxelles, De Boeck et Solal

ANZIEU D. (1985), *Le Moi peau*, Paris, Dunod

ARNOLD C. (2013), « Les troubles de la perception du corps », *Cerveau et psycho*, n° 57, pp 72-77

ASSAIANTE C. et SCHMITZ C. (2009), « Construction des représentations de l'action chez l'enfant : quelles atteintes dans l'autisme ? », *Enfance*, n°2, pp 111-120

AUGE, GILLON, HOLLIER-LAROUSSE, (1962), *Larousse encyclopédique*, Paris, Librairie Larousse.

BOSCAINI F. (2004), « Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique », *Evolutions psychomotrices*, n°63, pp 12-20

BULLINGER A. (1998), « La genèse de l'axe corporel, quelques repères », *Enfance*, vol 51 n°1, pp 27-35

BULLINGER A. (1999), « Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensoritonique », *Thérapie psychomotrice*, n°117, pp 62-69

CLUZEAU P. (2014), *Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Université de Bordeaux.

COSTE J.C. (1977), *La psychomotricité*, Paris, Presse Universitaire de France

De AJURIAGUERRA J. (1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson

De LIEVRE B. et STAES L. (2006), *La psychomotricité au service de l'enfant*, Bruxelles, De Boeck

DESCAMPS M.-A. (1986), *L'invention du corps*, Paris, Presse universitaire de France

DEVOLDERE R. (2001), « La personne handicapée mentale acteur de sa propre vie », *Réadaptation*, n°480, pp 11-48

DOLTO F. (1894), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil

DURAND DE BOUSIGEN R.. (1971), *La Relaxation : que sais-je ?*, Paris, Presse Universitaire de France

FREUD S. (1923), « Le Moi et le Ca », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot

GROSSMANN K.E (1998), « Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau », *Enfance*, Tome 51, n°3, p 44-68

- JUNG C.G** (1906), *Psychogenèse des maladies mentales*, Paris, Albin Michel
- LAGET A.** (1995), *Freud et le temps*, Lyon, Presse Universitaire de Lyon
- LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F.** (1989), *Psychopathologie du bébé*, Paris, Presse Universitaire de France
- LIBERMAN R.** (2003), *Handicaps et maladies mentales, que sais-je ?*, Paris, Presse Universitaire de France
- MONTAGU A.** (1979), *La peau et le toucher un premier langage*, Paris, Seuil
- PETITPIERRE-JOST G** (2005), « Programmes de stimulation pour personnes polyhandicapées », *Devenir vol 17*, p 39-56
- PETITPIERRE-JOST G.** (2010), *Le projet interdisciplinaire individualisé (PII) : comment le construire ensemble*, Support écrit disponible sur : <http://www.autisme.ch/attachments/article/430/2Presentation-Petitpierre.pdf>
- PIREYRE E.** (2015), *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Paris, Dunod
- POTEL C** (2010), *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès
- REINALTER PONSIN F.** (2011) in *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Bruxelles, De Boeck et Solal
- SAUZEDE A.** (2011), *Un horizon vertical, l'axe corporel, point de départ du travail de restructuration*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricité, Université Paris VI.
- SCHILDER P.** (1935), *L'image du corps*, Paris, Gallimard
- VIBERT F., SEBILLE A., LAVALLARD-ROUSSEAU M-C, BOUREAU F., MAZIERES L.** (2011), *Neurophysiologie : de la physiologie à l'exploration fonctionnelle*, Paris, Elsevier Masson
- WALLON H.** (1987), *Les origines du caractère chez l'enfant : les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, Presse Universitaire de France
- WINNICOTT D.W.** (1975), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard

➤ **Cours :**

- BOURVIS N.** (2013), Cours intitulé *Retards mentaux et déficiences intellectuelles*, Paris, non publié à ce jour
- DENIAU E. et RAFFIN M** (2013), Cours intitulé *Adolescence et psychopathologie*, Paris, non publié à ce jour

LARDINOIS E. (2005), Cours intitulé *La créativité par la pratique*, Paris, non publié à ce jour

PAVOT C., (2013), Cours intitulé *Perception et image du corps*, Paris, non publié à ce jour

PAVOT C., (2013), Cours intitulé *Perception et système sensoriel : quelques définitions*, Paris, non publié à ce jour

POTEL C., (2016), Cours de psychiatrie intitulé *L'adolescence du point de vue de la psychomotricité*, Paris, non publié à ce jour

RENAULT-DULONG A., (2014), Cours intitulé *La déficience intellectuelle*, Paris, non publié à ce jour

ROUSSEAU-SALVADOR C., (2011), Cours intitulé *Le développement cognitif, théorie piagetienne*, Paris, non publié à ce jour

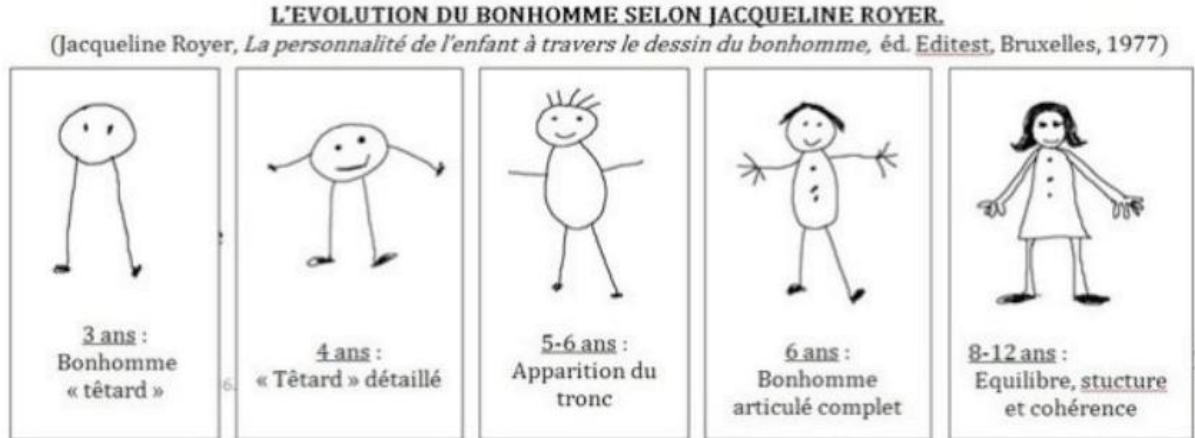
➤ **Autre ressource :**

BIDON-LEMESLE C. (2010), « L'approche Snoezelen : de la rencontre à l'éveil », issu de son intervention au séminaire *Polyhandicaps et handicaps de grande dépendance*, Paris, non publié à ce jour

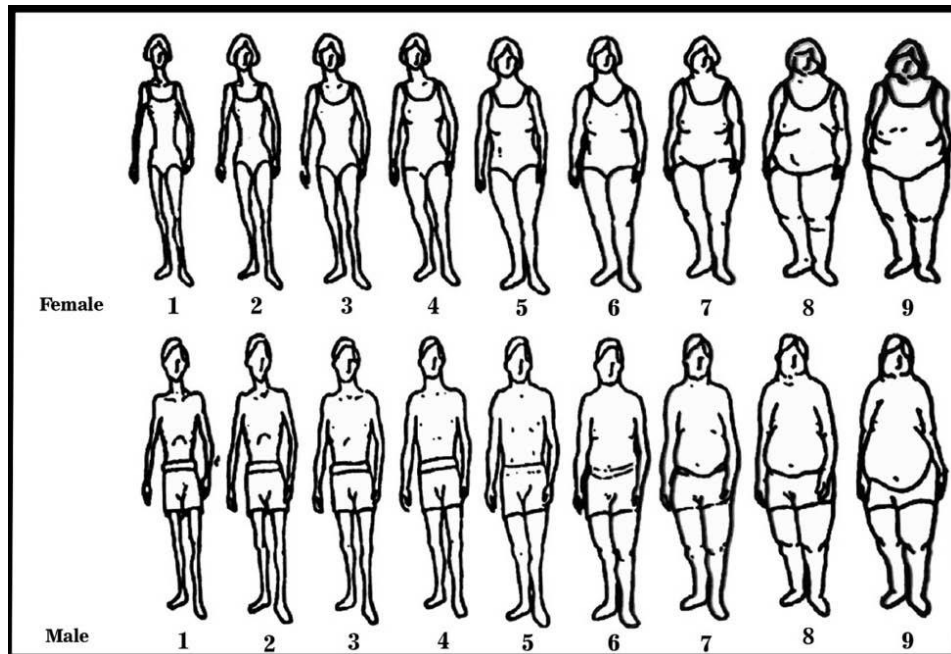
BREUIL M. (2010), *Dictionnaire des Sciences de la Vie et de la Terre*, Paris, Nathan

ANNEXES

ANNEXE 1 : L'évolution du dessin du bonhomme selon J. Royer



ANNEXE 2 : Plaquette des silhouettes du Test de Stunkard



ANNEXE 3 : Protocole de l'analyse des représentations corporelles de O. MOYANO

- **Dessin du bonhomme** : consigne : “Peux-tu dessiner un bonhomme le plus joli et le plus complet possible” puis, le dessin réalisé, demande d’annotation sur la feuille des parties du corps connues par l’enfant (si celui-ci n’est pas en âge ou en mesure d’écrire, le faire pour lui). Recueil des commentaires de l’enfant sur sa production, tout écrire à côté du dessin.

- Entretien :

- a) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu’on ne voit pas, qui sont à l’intérieur du corps, dedans ?
- b) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu’on peut voir de l’extérieur ?
- c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?
- d) On peut faire quoi avec son corps ?
- e) Qu’est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)
- f) Qu’est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)
- g) Qu’est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu’il y a des endroits du corps que tu préfères ?
- h) Qu’est-ce que tu n’aimes pas comme parties du corps ?
- i) Où est la pensée à ton avis ? (si “dans le corps”, Où exactement ?)

- Le conte de la fourmi : J. Royer, 1978.

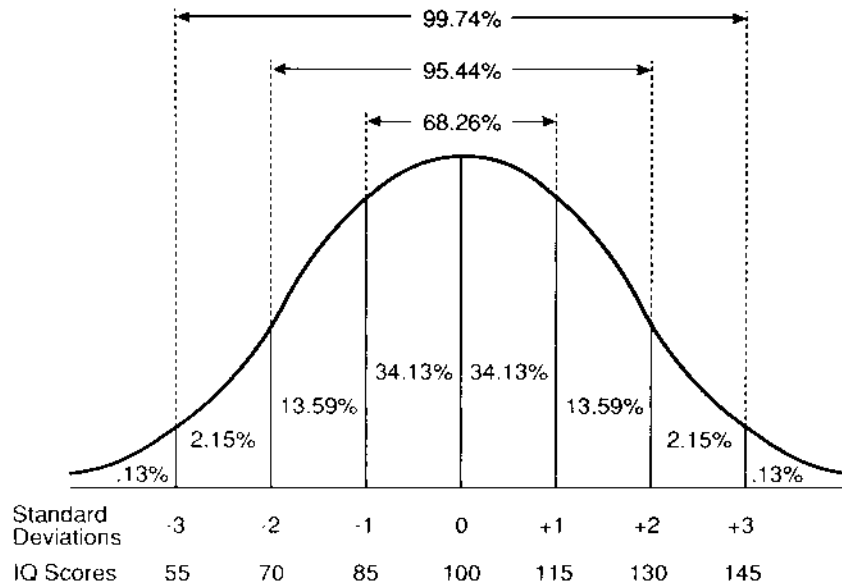
Un garçon (ou une petite fille) s’était un jour endormi dans l’herbe d’un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit : “Qu’est-ce que c’est que ça ?” Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon (ou de la petite fille).

- 1- Par quel endroit du corps de l’enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi ?
- 2- De là, elle va se promener partout! Dis-moi tout ce qu’elle voit. Et puis ...
- 3- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu’il y avait dedans. Quel était ce trou ? Alors elle entre et se promène partout à l’intérieur du corps de l’enfant. Qu’est-ce qu’elle voit ? Et puis... Alors à la fin elle ressort...Par où ?
- 4- La petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles ? Qu’est-ce qui était beau ? Et pas beau ?
- 5- Qu’a ressenti l’enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal ? Où ?
- 6- Comment cette histoire s’est-elle terminée ?

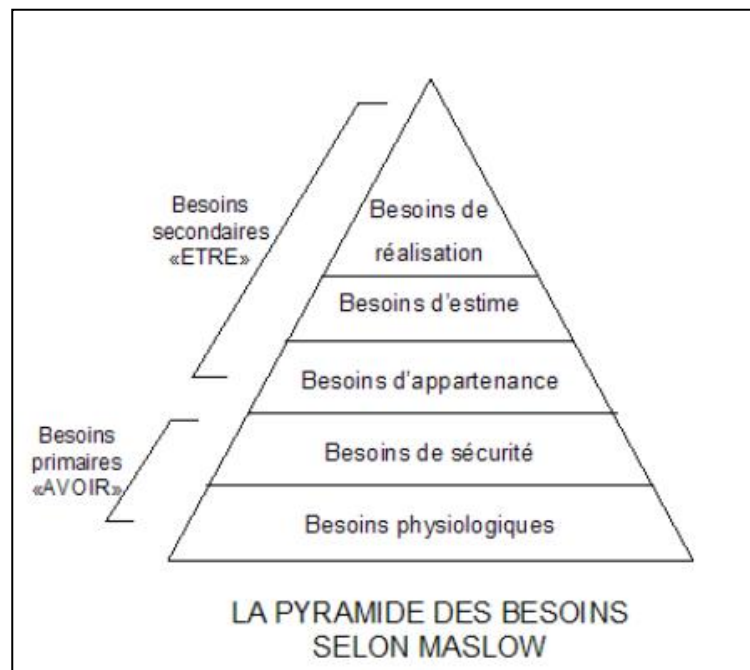
ANNEXE 4 : Répartition des résultats de Quotient Intellectuel dans la population

Disponible sur <http://www.douance.org/qi/qi.html>, Douance, QI, intelligence et surdouement, consulté le 26.02.16

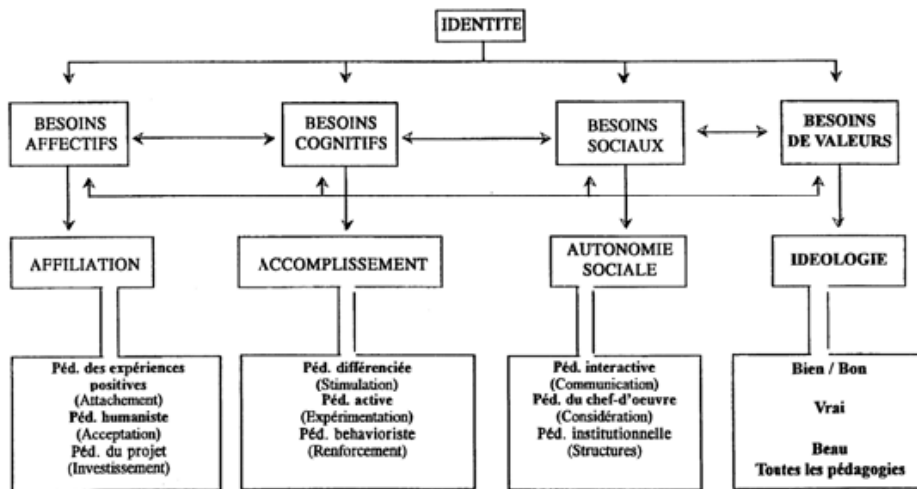
The Normal Distribution of IQ Scores



ANNEXE 5 : Pyramide des besoins selon Maslow



ANNEXE 6 : Le paradigme des 12 besoins psycho-sociaux proposé par Pourtois et Desmet (2004)



ANNEXE 7 : Répartition des lobes

The diagram shows the human brain with 7 numbered areas and their functions:

- 2. Aire motrice** (Lobe frontal [1,2]):
 - Contrôle les muscles fins du corps (doigts, lèvres, bouche, oeil...)
 - Coordonne les mouvements
 - Contrôle la parole (articulation des mots)
- 1. Aire préfrontale** (Lobe frontal [1,2]):
 - Élabore la pensée
 - Planifie les mouvements complexes
- 3. Aires sensorielles somesthésiques** (Lobe pariétal [3]):
 - Perçoivent les sensations (toucher, température, douleur...)
- 4. Aire visuelle** (Lobe occipital [4]):
 - Détecte les signaux visuels
- 5. Aire auditive** (Lobe temporal [5,6,7]):
 - Détecte les signaux auditifs
- 6. Aire de Wernicke** (Lobe temporal [5,6,7]):
 - Interprète le sens des phrases lues et entendues
- 7. Aire de la mémoire à court terme** (Lobe temporal [5,6,7]):
 - Stocke la mémoire à court terme (de quelques minutes à plusieurs semaines)

ANNEXE 8 : Entretien des représentations corporelles de MOYANO O., passation de Jean - Bilan final : 7 Avril 2016

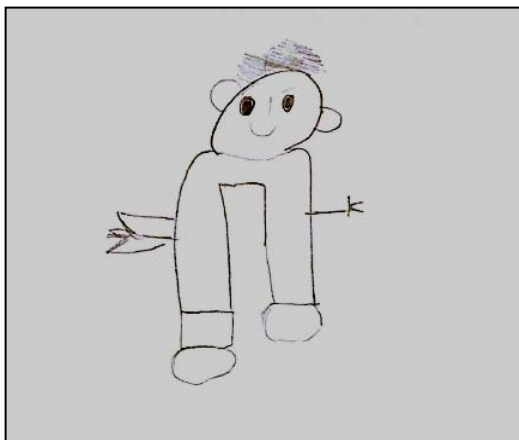
- A) **Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?** « Je ne sais pas »
- B) **Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?**
« Les pieds »
- C) **Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?**
« Les bras »
- D) **On peut faire quoi avec son corps ?** « On peut bouger »
- E) **Qu'est ce qui est fragile dans le corps ? (Pourquoi ?)** « Les dents. Parce que je m'en suis cassée une. » (Il me montre une dent qui pousse, je lui explique la différence)
- F) **Qu'est ce qui est solide dans le corps ? (Pourquoi ?)** « Les os, mais je ne sais pas pourquoi. » (Je lui explique succinctement que c'est grâce à leur composition)
- G) **Qu'est ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?** « Rien »
- H) **Qu'est ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?** « Rien non plus »
- I) **Où est la pensée à ton avis ? (si : « dans le corps », où exactement ?)** « Je ne sais pas ».

ANNEXE 9 : Dessin du bonhomme réalisé par Jean – Bilan final : 7 Avril 2016

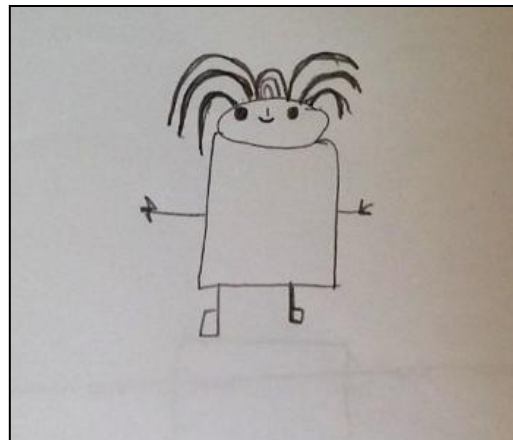


ANNEXE 10 : Dessins du bonhomme réalisés par Paul

Les dessins prennent un cinquième de la page.

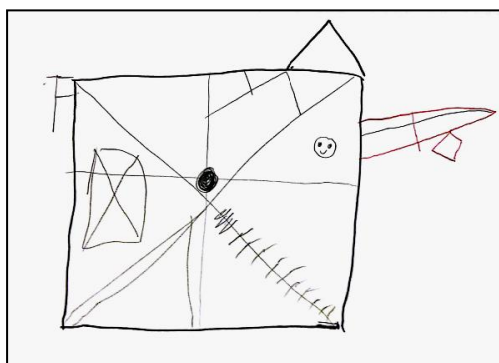


Bilan initial (Novembre 2015)

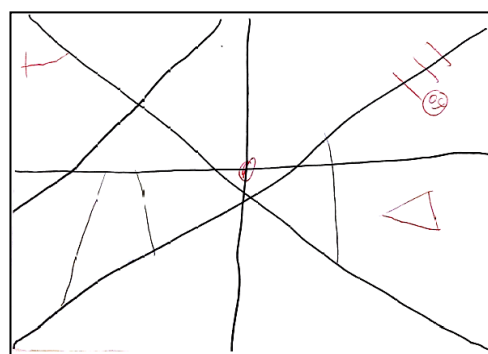


Bilan final (Avril 2016)

ANNEXE 11 : Figures de Rey réalisées Paul : Bilan initial : Septembre 2015

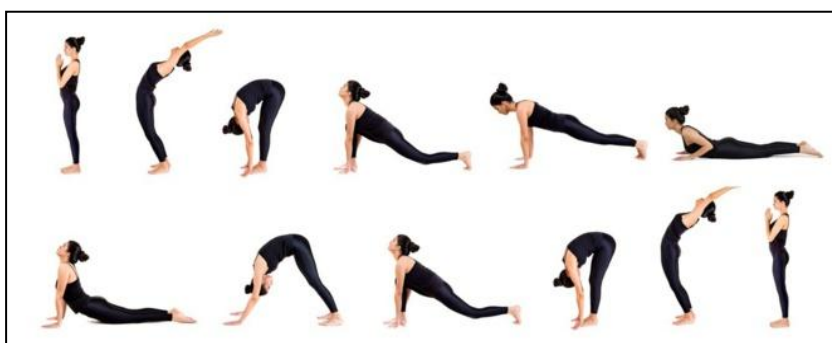


En copie



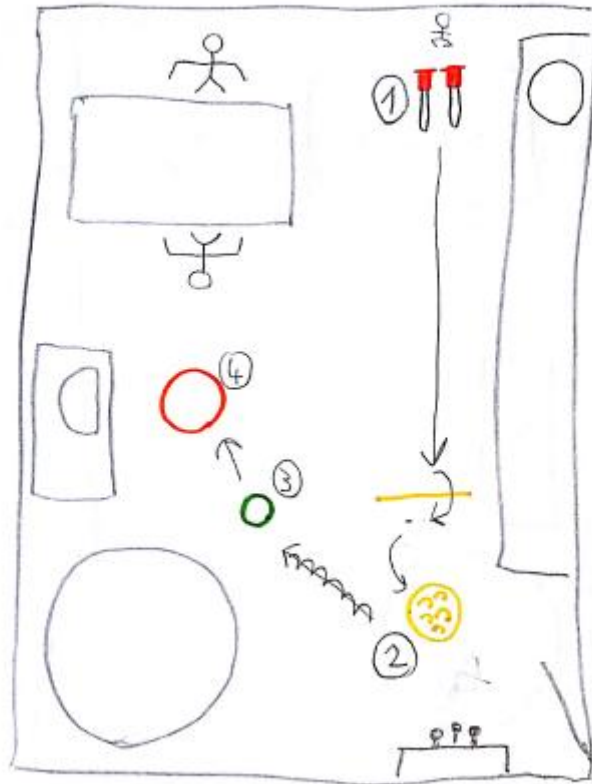
De mémoire

ANNEXE 12 : La salutation au soleil



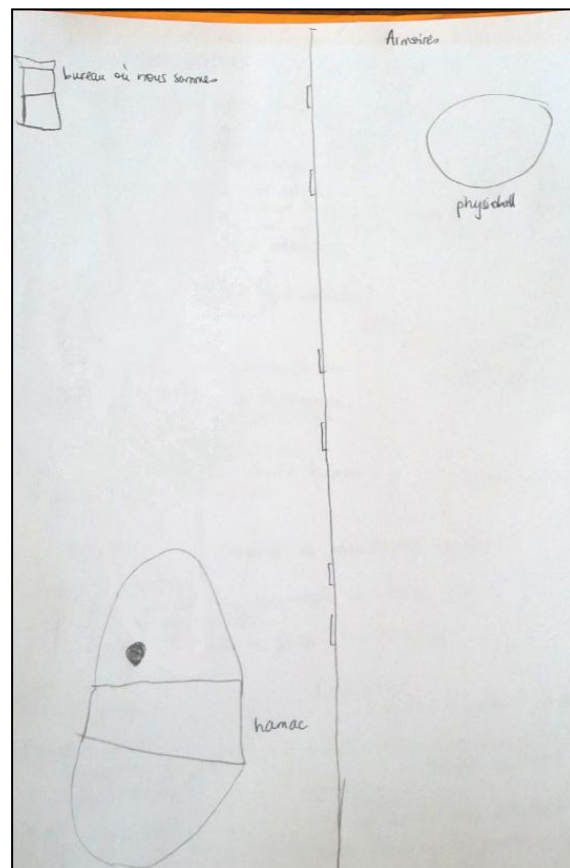
ANNEXE 13 :

Plan de la salle
Dessiné avec Paul
Séance du 3 Décembre 2016



ANNEXE 14 :

Plan de la salle,
Réalisé par Paul
Bilan final : le 7 Avril 2016



GLOSSAIRE

Anoxie : diminution de la quantité de dioxygène arrivant aux tissus.

Compétence de base : elle est entendue comme l'ensemble des comportements (actions et réactions) que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y prêtent (Pomerleau A. et Malcuit G., 1983).

Cyphoscoliose : double déformation de la colonne vertébrale, associant une déviation latérale (scoliose) et à convexité postérieure (cyphose)

Diadococinésies : faculté de faire se succéder rapidement certains mouvements comme la pronation et la supination du poignet (cela correspond au mouvement de la « marionnette »).

Dysmorphophobie : elle est un trouble de l'image du corps, une phobie des anomalies anatomiques.

Epilepsie : affection neurologique chronique qui se caractérise par la survenue de convulsions (crises convulsives), résultant de décharges électriques paroxystiques.

Hémorragie cérébroméningée : c'est une forme d'accident vasculaire cérébral. Elle est caractérisée par un épanchement de sang dans le liquide céphalo-rachidien.

Méninges : ensemble des trois membranes qui entourent le cerveau et la moelle épinière : la pie-mère, la dure-mère, et l'arachnoïde forment ainsi un réseau fibreux, imprégné de liquide céphalo-rachidien.

Méningite : le terme renvoie aux inflammations aiguës ou chroniques des méninges du cerveau et/ou de la moelle épinière.

Microcéphalie : volume crânien inférieur à celui d'individus de même âge et de même sexe.

Paratonie : impossibilité de résolution musculaire volontaire après une contraction. La partie du corps concernée reste alors comme figée.

Parotidite : inflammation de la glande parotide, la plus volumineuse des glandes salivaires, située près de l'oreille

Psychose : considérées comme les pathologies psychiatriques les plus graves. Le sujet n'a pas ou peu conscience du caractère pathologique de ses troubles. Il y a altération voire perte de contact avec la réalité. Les personnes sont désorganisées psychiquement et se construisent leur propre réalité par le biais d'idées délirantes.

Réflexe myotatique : contraction réflexe, vive et involontaire d'un muscle qui apparaît en réaction à son propre étirement.

Rubéole : maladie virale infectieuse éruptive, contagieuse et épidémique. C'est une maladie généralement bénigne mais quand la femme enceinte non immunisée est touchée, cela peut provoquer des malformations congénitales chez le fœtus.

Syncinésie : ce sont des mouvements involontaires qui apparaissent du côté opposé au mouvement volontaire. Il en existe de deux types :

-les syncinésies d'imitation (ou de reproduction ou tonico-cinétique) qui sont des ébauches de mouvements identiques aux volontaires. Elles disparaissent normalement avec l'âge. Cependant, cela devient anormal après 6/7 ans.

- les syncinésies toniques (ou à diffusion tonique ou de diffusion) qui correspondent à une crispation de la partie du corps opposée à celle où le mouvement volontaire est induit. Elles se dissipent vers 10/12 ans mais peuvent persister sans que ce soit pathologique.

Système nerveux central : composé du cerveau, du tronc cérébral, du cervelet, et de la moelle épinière.

Thalamus : paire de noyaux gris centraux (structures sous-corticales), recevant les informations sensibles et sensorielles, les analysant et les renvoyant vers le cortex cérébral. Il joue un rôle dans la régulation de l'état de vigilance.

RESUME

La déficience intellectuelle entraîne des troubles de la conscience et de la représentation de soi. Elles sont pourtant toutes deux nécessaires à une prise de repères stables sur son propre corps, qui permet par la suite une interaction harmonieuse avec l'environnement.

Ce mémoire retrace mes réflexions concernant la sensorialité comme médiation psychomotrice favorisant l'accès au Moi, dans le cas de la déficience intellectuelle des enfants et adolescents que j'ai pu rencontrer dans ma pratique. Le lien étroit entre sensation, perception, et représentation s'avère être le fil conducteur de mon travail.

Mots-clés : psychomotricité - déficience intellectuelle – développement – médiation – sensation – perception – représentation de moi/soi

SUMMARY

Intellectual disability leads to self-consciousness and self-representation issues. However, both are prerequisites to body awareness, which allows for harmonious interaction with surroundings.

My research project highlights my reflexions about the sensory system as a physiotherapeutic mediation tool promoting self-awareness, related to the children and teenagers I have met in my clinic. The narrow link between sensation, perception, and representation, is the driver thread of my work.

Key-words : psychomotricity - intellect disability – development - therapeutic mediation - sensation – perception – ego/self representation