



HAL
open science

Identification des émotions et régulation émotionnelle : évaluation et prise en soin en psychomotricité d'adultes en situation de polyhandicap

Claire Assemat, Claire Bourgeaux

► To cite this version:

Claire Assemat, Claire Bourgeaux. Identification des émotions et régulation émotionnelle : évaluation et prise en soin en psychomotricité d'adultes en situation de polyhandicap. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01592146

HAL Id: dumas-01592146

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01592146>

Submitted on 22 Sep 2017

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.

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91 boulevard de l'hôpital
75364 Paris cedex 14



IDENTIFICATION DES ÉMOTIONS ET RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

Evaluation et prise en soin en psychomotricité
d'adultes en situation de polyhandicap

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

ASSEMAT Claire
BOURGEAUX Claire

Sous la direction de :
KOLACJA Rémi
ZAMMOURI Ingrid

Session de Juin 2017

A Lulu,
Aux souvenirs heureux,
A l'instant présent,
Et à l'espoir des lendemains qui chantent.

Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à remercier Rémi qui a su nous guider dans nos réflexions, nous faire remettre en question et pour nous avoir encouragé durant toute cette année.

Merci également à Mme Zammouri pour nous avoir conseillées avec justesse et guidées vers le côté lumineux de la force et du savoir.

Merci à Thomas, pour s'être intéressé à notre travail et avoir su allier humour et critiques dans une démarche constructive.

Merci à Nicolas pour son aide, son soutien et sa bienveillance inconditionnelle.

Merci aux professeurs de la Pitié-Salpêtrière qui ont su apporté de nombreuses pistes de réflexions et de réponses à nos questionnements.

Merci à Ahmed et Ophélie sans qui ce mémoire n'aurait pas pu naître.

Merci également à l'équipe éducative pour son accueil chaleureux et pour les discussions enrichissantes que nous avons pu avoir.

Merci à nos amis d'avoir pu nous supporter et nous épauler quand nous en avons besoin.

Enfin, Merci à nos familles pour nous avoir apporté joie et bonne humeur.

Avant-propos

Les réflexions et les interrogations qui ont émergé de notre stage (effectué en binôme) nous ont conduit à réaliser un mémoire à quatre mains qualifié d'expérimental. Celui-ci rend compte d'un travail de recherche qui nous apparaît essentiel pour objectiver notre thérapeutique et permettre une meilleure reconnaissance de notre métier. En effet, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les thérapies doivent se fonder sur des preuves scientifiques. Bien que la psychomotricité soit une thérapie en soi, il nous semble intéressant de l'ériger en tant que thérapie scientifiquement valide. L'étude comparative que nous avons menée se positionne en tant que projet de recherche (ou pré-recherche). A ce titre, elle pourra servir d'appui pour de futures études. La rédaction d'un mémoire expérimental s'établit donc sur des normes scientifiques, appelées normes APA (American Psychological Association)¹. Pour notre part, nous avons suivi ces normes essentiellement pour la construction du protocole d'expérience et l'analyse statistique des résultats.

¹ M. Couture, 2010

Sommaire

Introduction	6
I. Champs théoriques	7
1. Le polyhandicap	7
2. La médiation conte	16
3. La régulation émotionnelle.....	21
II. Expérience.....	31
1. Problématique	31
2. Hypothèses générales.....	31
3. Présentation de l'institution.....	33
4. Population	33
5. Protocoles	36
6. Hypothèses opérationnelles	32
7. Résultats de l'expérience	41
8. Les impacts des biais de l'expérience sur l'évaluation	49
III. Discussion.....	54
1. L'influence de l'expression émotionnelle sur d'identification des émotions	54
2. Les outils thérapeutiques de la psychomotricité au service des compétences émotionnelles	60
3. L'effet de notre prise en soin sur la régulation émotionnelle	76
4. Conclusion	83
Conclusion	85
Bibliographie	86
Tables des matières.....	92
Glossaire.....	I
Annexes.....	IV

Introduction

Depuis maintenant une trentaine d'années, le rythme de vie de la société est bouleversé. La plupart des individus se voient subir ce rapport au temps en privilégiant l'instantanéité des rapports sociaux et la recherche de performance. Ils relèguent ainsi au second plan leurs propres ressentis émotionnels ce qui peut impacter leur qualité de vie. Force est de constater que ce phénomène se répercute jusque dans le domaine médico-social où le rendement professionnel est parfois privilégié au détriment de la qualité des soins. Face aux problématiques des personnes en situation de polyhandicap et à la complexité des tableaux cliniques, le rapport aux corps et aux émotions tient une place importante. La labilité émotionnelle dont font preuve la plupart de ces personnes peut ainsi affecter leurs interactions sociales et leur bien-être. Il paraît donc essentiel de tenir compte des aspects corporels et émotionnels dans la prise en soin de ces personnes pour permettre une qualité de vie optimale et des rapports sociaux adaptés. C'est dans cette démarche que la psychomotricité s'inscrit essentiellement. Suite à ce constat, nous nous sommes intéressées plus spécifiquement aux capacités émotionnelles de deux adultes en situation de polyhandicap. Cela nous a amené à nous questionner sur les différents moyens d'action du psychomotricien pour en favoriser l'amélioration, notamment au travers d'une médiation thérapeutique : le conte. Cette médiation apporterait une meilleure identification des émotions et favoriserait la régulation émotionnelle chez ces individus. Aussi, nous avons cherché à objectiver la progression apportée par notre prise en soin. Afin de rendre compte de ces éléments, nous avons réalisé une expérience à travers laquelle nous avons comparé deux groupes d'individus en situation de polyhandicap à deux temps différents de la thérapie.

Avant de détailler cette expérience, nous allons développer les supports théoriques qui ont nourri notre réflexion et notre pratique. De fait, nous présenterons successivement les spécificités de la population étudiée, puis la médiation thérapeutique conte. Enfin, nous approfondirons ensemble notre objet d'étude, à savoir le processus de régulation émotionnelle. Nous prendrons ensuite le temps de présenter notre expérience pour aboutir sur l'examen des résultats. Ce dernier guidera nos réflexions autour des biais et des perspectives d'évolution de notre expérience ainsi que sur l'apport de la psychomotricité dans la régulation émotionnelle.

I. Champs théoriques

1. Le polyhandicap

Avant d'aborder les spécificités du polyhandicap, il nous semble important de commencer par définir ensemble la notion de handicap.

1.1. *Qu'est-ce qu'un handicap ?*

Selon la Classification Internationale du fonctionnement, du Handicap et de la santé (CIH-2) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le «handicap sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation»². Détaillons les termes de cette citation : Il apparaît que les déficiences sont des altérations physiques ou psychiques de la personne, à savoir un écart ou une perte d'une ou plusieurs fonctions. Ces fonctions peuvent être mentales, sensorielles, métaboliques, physiologiques, génito-urinaires, reproductives, locomotrices ou corporelles. Il peut également s'agir des fonctions de la voix et de la parole. Les activités, quant à elles, renvoient à la capacité d'une personne à réaliser une tâche et la participation concerne l'investissement de la personne dans les actes de la vie réelle. Ces activités et participations regroupent les domaines de l'apprentissage, de l'application des connaissances, de la mobilité, de la vie domestique, de la vie communautaire, sociale et civique, ainsi que les domaines de la communication, des relations et des interactions avec autrui. Il ressort donc que la CIH-2 nomme «limitation d'activité» les difficultés éprouvées par une personne, du fait d'une altération physique et/ou psychique, dans la réalisation de tâches de la vie. Et, ce qu'elle appelle «restrictions de participation» correspond aux problèmes rencontrés par une personne dans des situations de la vie réelle³.

Le terme handicap s'inscrit donc dans une dimension humaine et sociale où l'environnement dans lequel vit la personne joue un rôle important. Depuis le début du XXIème siècle, ce rôle est mis plus en avant. En effet, nous abandonnons le terme «personne handicapée» en faveur de l'expression «personne en situation de

² Organisation Mondiale de la Santé, 2000, p.1

³ *Ibid.*

handicap». Nous passons donc d'un adjectif (handicapé) qui définit la personne, à un complément du nom (en situation de handicap) qui s'y rapporte. Ce changement de vocabulaire coïncide avec une nouvelle vision du handicap qui se répercute sur son évaluation et sa prise en soin. Nous ne considérons plus l'état de la personne comme responsable du handicap. Ce sont les situations et les facteurs environnementaux nuisant au développement et au bien-être d'une personne qui sont handicapants⁴.

La définition du handicap met en évidence les limitations psychiques et physiques d'une personne et leurs répercussions sur sa vie quotidienne. Celles-ci se rapportent à l'environnement. A ce titre, nous utilisons le terme de «personne en situation de polyhandicap». En prenant comme dogme cet aspect, nous allons maintenant nous atteler à définir le polyhandicap dans le but de mieux comprendre cette situation.

1.2. Le polyhandicap

Définir le polyhandicap s'avère complexe puisqu'il regroupe une diversité de tableaux cliniques. Il convient donc de considérer le polyhandicap non pas comme une pathologie à part entière mais comme une situation dans laquelle s'inscrivent différentes problématiques. Afin de comprendre les tenants et les aboutissants de cette situation, il nous a semblé pertinent de revenir succinctement sur l'historique du terme.

En 1984, le docteur Zucman, directrice du Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), est l'une des premières à définir ce terme comme un «handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde»⁵. Elle le distingue du plurihandicap, «association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles», et du surhandicap, «troubles du comportement sur handicap grave préexistant»⁶. En 1989, le polyhandicap est reconnu par la loi. La première définition officielle est proposée par le ministère de la santé et de la protection sociale dans l'annexe XXIVter du décret de 1989 sur les

⁴ J.-L. Adrien, 2011

⁵ C. Cardenoux et al., 2014, p.17

⁶ *Ibid.*

établissements et la prise en soin des polyhandicapés⁷. Cette annexe complète la définition du docteur Zucman par l'ajout des possibilités de perception, d'expression et de relation de ces personnes⁸. En 1992, le CTNERHI redéfinit le polyhandicap. Il spécifie le retard mental [quotient intellectuel (QI) <50] et la nécessité d'un accompagnement individualisé constant, humain et technique⁹. Plus récemment, en 2005, Gérard Ponsot et le professeur Denormandie précisent l'étiologie du polyhandicap. Pour eux, il s'agit de causes pré et péri-natales ainsi que des causes acquises, comme des affections progressives ou des maladies métaboliques. Ils évoquent également la nécessité d'un accompagnement pluridimensionnel qualifié et permanent en termes d'éducation, soin, communication et socialisation¹⁰.

Retenons que «l'apparition des mots est surtout symbolique à l'égard de la naissance des idées ou des pratiques»¹¹. Consensuellement, il apparaît important de définir ce qu'est le polyhandicap afin d'en dégager les principales idées. Nous retiendrons la définition du Groupe Polyhandicap France (GPF) datant du 3 décembre 2002 qui énonce que «le polyhandicap est une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquences de graves perturbations multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit là d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique. La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en oeuvre de son projet de vie, le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles, l'ensemble concourant à l'exercice de l'autonomie optimale»¹². Cette définition détermine notre fil de progression et achemine notre réflexion tout au long

⁷ site d'informations gouvernementales

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT00000606734>, consulté le 12 février 2017, dernière mise à jour 12 février 2017

⁸ D. Juzeau, P. Pernes et H. Sergeant, 2010

⁹ G. Ponsot, 1995

¹⁰ G. Ponsot et P. Denormandie, 2005

¹¹ C. Potel, 2010, p.25

¹² site associatif <http://gpf.asso.fr/le-gpf/definition-du-polyhandicap/> consulté le 3 janvier 2017

de notre projet de recherche. Elle considère donc une personne polyhandicapée dans sa globalité, tenant compte des aspects à la fois médicaux, éducatifs, sociaux, juridiques mais aussi développementaux et affectifs. Ces deux dernières modalités nous intéressent particulièrement dans notre étude.

Les premières définitions du polyhandicap et sa reconnaissance par la loi datent d'une trentaine d'années. Elles retracent progressivement les différentes caractéristiques du polyhandicap et ses principales causes, que nous développons à présent.

1.3. Les différentes étiologies

La définition du polyhandicap précise que les dysfonctionnements physiques et psychiques de la personne doivent survenir précocement ou au cours du développement. Actuellement, il n'existe pas de modèle unique et universel pouvant expliquer de manière consensuelle la (ou les) étiologie(s) du polyhandicap. En étudiant spécifiquement les circonstances de la naissance des personnes en situation de polyhandicap, des chercheurs ont déterminé que 50% de ces personnes ont subi des lésions durant la période prénatale. Ils attribuent, parmi l'autre moitié de ces individus, 15% à des lésions survenues durant la période périnatale, 5% à la période post-natale, et 30% à des lésions survenues à d'autres moments du développement de l'enfant¹³, jusqu'à l'âge de deux ans¹⁴. Décrivons ensemble ces trois causes. Les causes prénatales concernent les lésions survenues durant la période de grossesse. L'équipe de chercheurs regroupe parmi ces causes les anomalies de la morphogenèse* du système nerveux central et les maladies neurologiques graves, les maladies métaboliques*, les syndromes chromosomiques ou dysmorphiques* avec retard mental et les embryo-foetopathies infectieuses* ou toxiques. Lorsque les lésions surviennent lors de l'accouchement, les causes sont dites périnatales. Elles peuvent être de nature anoxo-ischémique* (souffrance foetale aiguë) et éventuellement être associées aux complications de la réanimation (convulsions prolongées, hypoxémie, infections, etc.). Enfin, les causes postnatales concernent les lésions survenant après la naissance. Ce sont, par exemple, les pathologies cérébro-

¹³ D. Juzeau, P. Pernes et H. Sergeant, 2010, p.20

¹⁴ A. Ribault et M. Thomaso, 2014, p.167-168

* Chaque termes suivi du signe * est défini dans le glossaire situé à la fin du mémoire p.I

vasculaires (accidents vasculaires cérébraux, malformations vasculaires), les infections cérébro-méningées (méningite purulente, encéphalite) et les traumatismes (syndrome d'enfant secoué ou traumatismes extra-crâniens).

L'origine du polyhandicap s'inscrit donc précocement et rend compte d'un tableau clinique varié, ce qui implique un développement tributaire des différentes atteintes. Faisons état des principales atteintes dont souffrent les personnes en situation de polyhandicap.

1.4. Les principales atteintes

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le polyhandicap s'inscrit dans une problématique à la fois motrice et cognitive, dont les causes sont équivoques. Précisons ensemble les atteintes de la sphère motrice. Les troubles moteurs rendent compte d'atteintes qualifiées de pyramidales, extra-pyramidales ou d'ataxies* cérébelleuses. Dans un grand nombre de cas, les atteintes motrices sont mixtes¹⁵. Analysons ces troubles moteurs en détails. Le syndrome pyramidal touche la motricité volontaire. Il peut se caractériser par une paralysie* ou parésie spastique* lorsque le faisceau est atteint. Dans ce cas il se manifeste par une hypertonie* au repos et un réflexe ostéo-tendineux* exagéré. Lorsque les atteintes touchent la zone médullaire du faisceau, la paralysie est dite flasque, c'est-à-dire que la tension musculaire est annihilée. Les atteintes motrices extra-pyramidales concernent la motricité involontaire. Elles affectent les noyaux gris centraux* et nuisent à l'équilibre et aux postures*. Elles provoquent une hypotonie axiale*, une rigidité des membres et déclenchent des mouvements involontaires. L'ataxie cérébelleuse concerne une atteinte du cervelet. Elle provoque une hypotonie globale, des troubles de la coordination et de l'équilibre, une dysmétrie* et une dyschronométrie*, ainsi que des phénomènes de tremblements¹⁶. Toutes ces atteintes sont dites primaires car elles sont le résultat direct de la lésion cérébrale. Elles peuvent engendrer des troubles viscéraux, de la déglutition et orthopédiques. Les troubles moteurs rendent donc compte de difficultés dans la motricité volontaire et involontaire ainsi que dans le contrôle des actions. Ils affectent donc le corps dans sa globalité.

¹⁵ L. Bonnotte, S. Guitard et F. Lequenne, 2015

¹⁶ *Ibid.*

Comme le spécifie la définition du polyhandicap, les troubles moteurs sont associés à un handicap intellectuel sévère à profond. Dans la nomenclature américaine, ce handicap atteint le domaine conceptuel, social et pratique¹⁷. A l'égard de ces dimensions, le handicap intellectuel grave rend compte de capacités conceptuelles limitées. Elles se manifestent par des difficultés de compréhension du langage écrit et des difficultés dans la résolution de problèmes impliquant des notions de quantité, de temps et d'argent. Les personnes atteintes de handicap intellectuel profond n'ont pas accès au symbolisme et restent centrées sur le monde physique. Dans le domaine social, les personnes atteintes de handicap intellectuel grave et profond présentent des difficultés de communication notamment en termes de compréhension et de production orale. Enfin, dans le domaine pratique, les personnes atteintes de handicap intellectuel grave à profond nécessitent des aides pour tous les actes du quotidien comme le repas, l'habillement, la toilette ou l'élimination¹⁸. Les troubles de la compréhension et de l'expression du langage étant au premier plan dans le polyhandicap, il s'avère difficile d'évaluer objectivement les capacités intellectuelles de ces personnes. Néanmoins, avec l'aide d'outils d'évaluation spécifique, comme le Profil de Compétences Cognitif du Jeune Polyhandicapé (P2CJP), et un regard clinique aiguisé il est possible de dresser un tableau de compétences cognitives de ces individus.

Parfois, les limitations motrices et intellectuelles sont associées à des déficits sensoriels. Il apparaît que pour la plupart des personnes polyhandicapées, les troubles sensoriels, lorsqu'ils sont présents, sont le plus souvent visuels et auditifs¹⁹. Par ailleurs, l'altération sensorielle peut se situer au niveau de la transmission, de l'intégration et du traitement des informations²⁰. L'association de déficits moteurs, mentaux et potentiellement sensoriels amène une grande variabilité de profils pathologiques et une altération plus ou moins importante des interactions sociales. Notons que l'abord autistique que peuvent présenter certaines personnes polyhandicapées peut entraver les capacités d'interaction avec autrui. Il s'agit d'une dyade caractérisée par le caractère restreint et répétitif des activités ainsi que par des

¹⁷ Annexe 1 : critères DSM-5 du handicap intellectuel

¹⁸ American Psychiatric Association, 2015

¹⁹ T. Nouvel, 2016

²⁰ L. Bonnotte, S. Guitard et F. Lequenne, 2015

difficultés dans la communication et les interactions sociales²¹. Par ailleurs, des troubles du comportement, comme le repli ou l'auto-agressivité, peuvent être associés²². Dans d'autres cas, les possibilités d'expression des émotions et de contact avec l'environnement peuvent être préservées. De manière générale, la personne polyhandicapée présente des difficultés pour comprendre et être comprise. Le décryptage de leurs expressions non-verbales est complexe et nécessite une connaissance particulière des habitudes de vie de la personne et de sa personnalité. Ces quatre types d'atteintes sont associées dans près de la moitié des cas à une épilepsie²³. Celle-ci se définit par la répétition de crises épileptiques. Elle trouve son origine dans une décharge hypersynchrone* d'une population de neurones corticaux qui déclenchent des manifestations paroxystiques motrices (convulsions), sensorielles ou psychiques, pouvant être associées à une perte de connaissance²⁴.

Les principaux troubles dont souffrent les personnes en situation de polyhandicap sont donc d'ordre moteur, intellectuel, sensoriel, médical et social. Ils nécessitent une prise en soin adaptée et pluridisciplinaire. Considérons les différents intervenants à la prise en soin des personnes en situation de polyhandicap.

1.5. La prise en soin du polyhandicap

La complexité et la diversité des troubles rattachés au polyhandicap amènent donc à penser une prise en soin personnalisée et individualisée. Elle doit prendre en considération les différentes anomalies physiques comme les déformations rachidiennes, les malformations cardiaques, respiratoires ou corporelles, les troubles alimentaires ainsi que les douleurs quelconques. La prise en soin de ces anomalies est orthopédique. Elle vise à réduire la spasticité, à corriger les malformations et à maintenir une motricité fonctionnelle. Des appareillages peuvent, dans certains cas, être proposés aux polyhandicapés. Nous distinguons les grands appareillages des petits appareillages. Les grands appareillages permettent aux personnes handicapées de se déplacer (fauteuil roulant, déambulateur...) et regroupent également les prothèses oculaires et faciales ainsi que les orthoprothèses. Il s'agit,

²¹ American Psychiatric Association, 2015

²² site associatif <http://www.moteurline.apf.asso.fr/spip.php?rubrique125> consulté le 29 décembre 2016, dernière mise à jour du site le 22 décembre 2016

²³ *ibid.*

²⁴ J.-M. Cuisset, 2010

par exemple, d'adapter au fauteuil des corsets sièges permettant une posture adaptée²⁵. Les petits appareillages, quant à eux, permettent de compenser une fonction organique déficiente. Il s'agit, par exemple, des chaussures orthopédiques ou des jambières pédieuses pour permettre la marche²⁶. Ces appareillages nécessitent un suivi particulier et une prise en soin spécifique. Même à l'âge adulte, il est important de vérifier ces installations régulièrement et de les améliorer si besoin.

La limitation d'autonomie de ces personnes amène à penser une prise en soin des actes de la vie quotidienne. Il s'agit avant tout du travail de l'équipe soignante : aide-médico-psychologiques, infirmières, aide-soignantes sont donc en première ligne pour accompagner les personnes en situation de polyhandicap dans les actes de la vie quotidienne. Par ailleurs, les acteurs paramédicaux proposent des soins non médicamenteux qui complètent les autres prises en soin. Les psychomotriciens accompagnent les personnes polyhandicapées dans leur motricité, leur sensorialité, leurs affects et les relations sociales, comme nous le développerons plus tard²⁷. Le travail des kinésithérapeutes s'oriente sur les aspects fonctionnels de la rééducation : rééducation de la marche, kinésithérapie respiratoire, travail du système ostéo-musculo-articulaire, prévention et traitements des complications orthopédiques. Les ergothérapeutes travaillent sur l'autonomie de la personne au travers d'adaptations de l'environnement : adaptation de fauteuils roulants, agencement des pièces, aide aux apprentissages de la vie quotidienne, etc. L'axe principal du travail des orthophonistes est la communication en termes de compréhension et d'expression. Ils jouent également un rôle dans la prise en soin des troubles de la déglutition. D'autres professionnels participent également à la prise en soin des personnes polyhandicapées comme les appareilleurs, les revendeurs médicaux, les éducateurs spécialisés, les éducateurs sportifs ou les psychologues. Ces derniers évaluent les capacités cognitives et les affects. Ils peuvent également avoir une fonction de soignant coordinateur autour de la vie affective et familiale²⁸.

²⁵ C. Boulay, M.-A. Rohon et E. Viehweger, 2014

²⁶ C. Donskoff et M. Ursei, 2014

²⁷ Cf. *infra* p.15

²⁸ Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, 2004

La prise en soin des personnes en situation de polyhandicap est donc pluridisciplinaire et interdisciplinaire. Intéressons-nous au corps paramédical, notamment le champ de la psychomotricité.

1.6. *La prise en soin du polyhandicap en psychomotricité*

Revenons succinctement sur les processus thérapeutiques afin de comprendre dans quelle approche s'inscrit la psychomotricité. Dans les processus thérapeutiques, Jérôme Bruner et ses collaborateurs développent deux approches du fonctionnement cognitif : l'approche indirecte (top-down) et l'approche directe (bottom-up)²⁹. Dans l'approche indirecte, le thérapeute part des représentations pour agir sur le corps, la sensorialité et la motricité. Dans l'approche directe, il part du corps et des sensations pour façonner les représentations et le symbolisme du sujet. Les thérapies psychocorporelles, comme la psychomotricité, se rapprochent de ces deux actions. Cette dernière peut orienter l'une ou l'autre de ces approches selon les problématiques des personnes en situation de polyhandicap. Le psychomotricien permet donc au patient d'engrammer l'expérience sensorielle et motrice à un niveau symbolique (approche directe) et réalise une rétro-action corporo-psychique en proposant d'exprimer au travers le corps les états psychiques de l'individu (approche indirecte)³⁰. De manière générale, le psychomotricien favorise la fluidité de l'expression de soi, au travers du corps et dans ses différentes dimensions³¹. Considérons les différentes caractéristiques du corps. Franck Pitteri, psychomotricien, distingue le bien-être du corps, le corps symbolique et le corps émotionnel³². Il entend par bien-être du corps la régulation musculaire, vasculaire ou organique. Le corps symbolique rend compte de l'investissement du corps au niveau représentatif. Et, le corps émotionnel permet l'articulation entre l'émotion ressentie et la représentation de cette émotion. L'investissement corporo-psychique d'un individu s'établit donc au travers de ces trois dimensions en considérant à la fois l'aspect biologique, cognitif et affectif.

Le travail du psychomotricien se situe au carrefour de ces trois dimensions. De fait, il sollicite la personne polyhandicapée dans sa motricité, sa sensorialité, ses états

²⁹ J. Bruner, J. Goodnow et J. Austin, 1956

³⁰ F. Boscaïni, 2007, F. Pitteri, 2000

³¹ F. Boscaïni et A. Saint-Cast, 2012

³² F. Pitteri, 2000

affectifs tout en tenant compte des appareillages. Il participe à leur mise en place, à leur création et porte un intérêt au positionnement optimal de l'individu. De cette manière, il accompagne et renforce l'activité psychique de ces personnes³³. Pour réaliser ce travail d'intégration psychomotrice, le psychomotricien peut s'appuyer sur des médiations thérapeutiques. Intéressons-nous maintenant de manière plus précise au fonctionnement des médiations thérapeutiques, en particulier la médiation conte que nous avons utilisée pour notre expérience.

2. La médiation conte

Avant d'aborder les moyens d'actions de la médiation conte et ses spécificités, définissons ce qu'est une médiation thérapeutique.

2.1. La médiation thérapeutique

Le terme «médiation» vient du latin *mediare* qui signifie «être au milieu de, s'interposer»³⁴. Le philosophe Georg Wilhelm Friedrich Hegel, pour sa part, emploie ce terme pour désigner un mécanisme de pensée, une dialectique, à propos des événements de la vie, qui favorise la construction de l'être³⁵. Ces deux points de vue semblent *a priori* divergents l'un de l'autre. Pourtant, en considérant la médiation comme un intermédiaire au sens de transitionnalité de Donald Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste, elle est à la fois un espace physique où se jouent des phénomènes thérapeutiques mais aussi un outil de réflexion pour le thérapeute qui l'emploie³⁶. Cette transitionnalité permet de penser, à l'instar des travaux de Didier Anzieu, psychanalyste et psychologue, une articulation entre les représentations psychiques et les sensations corporelles qui en découlent³⁷. La médiation devient un outil thérapeutique à partir du moment où rentre en jeu un processus de symbolisation et où «le besoin d'un intermédiaire (médium) entre la réalité créée par soi-même et la réalité extérieure»³⁸ devient pertinent dans le soin, comme le signifie Marion Milner, psychanalyste. Dans la continuité des travaux de Marion Milner, René Roussillon,

³³ M. Audouéineix et C. Sintès, 2015

³⁴ Dictionnaire en ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/m%C3%A9diation> consulté le 30 novembre 2016

³⁵ P. Guillaud, 1987

³⁶ D. Winnicott, 1971

³⁷ D. Anzieu, 1985 ; D. Anzieu, 1993

³⁸ A. Brun, 2013, p.21

psychanalyste lui aussi, parle de médium malléable pour désigner le matériel et les objets «qui ont des propriétés perceptivo-motrices susceptibles de rendre perceptible et manipulable l'activité représentative»³⁹.

Quel que soit la médiation thérapeutique utilisée, celle-ci sert donc d'espace intermédiaire pour faire émerger chez le patient les représentations psychiques nécessaires à son développement global et à l'appropriation de son vécu. Et inversement, la médiation thérapeutique peut favoriser l'expression corporelle à partir des images mentales du patient. Elle peut donc s'avérer être un outil avantageux pour le psychomotricien. Utiliser le conte comme médiation thérapeutique nécessite de mieux comprendre les tenants et les aboutissants du conte. Développons ensemble ses caractéristiques.

2.2. Le conte

Intéressons-nous, aux trois éléments du conte : le contenu (le sens du récit), le contenant (la structure du récit) et l'acte narratif lui-même (l'action même de conter)⁴⁰. Pour utiliser le conte en psychomotricité, il apparaît indispensable de prendre en considération ces trois aspects. Décrivons-les successivement.

L'histoire relatée dans le conte permet une suspension des règles du réel. C'est cet aspect qui permet notamment au conte d'être thérapeutique. Pour comprendre cette caractéristique, portons un regard sur le concept de Bernard Chouvier, professeur en psychopathologie et psychanalyse. Pour lui, le conte comprend trois paradoxes qui nous amènent une «ouverture sur un ailleurs sans nous couper complètement de la réalité»⁴¹. Attardons-nous quelques instants sur ces trois paradoxes. Le premier correspond à l'espace qui, sans être utopique, permet d'adoucir les angoisses et les peurs. Ce lieu est « la projection construite de l'espace interne sur l'espace réel, la réalité sans les lois de la réalité, le vaste monde revu et corrigé par l'enchantement du monde onirique»⁴². Le deuxième paradoxe fait référence à l'absence de lois temporelles. La linéarité temporelle peut être bousculée.

³⁹ A. Brun, 2013, p.21

⁴⁰ R. Kaës, 2012

⁴¹ B. Chouvier, 2015, p.X

⁴² *Ibid.*

Il est possible de passer de l'état de mort à l'état de vie ou de la vieillesse à la jeunesse, par exemple. Le troisième se rapporte à la «métamorphose de l'autre et du même»⁴³. Par exemple, les animaux peuvent parler et les grand-mères devenir des sorcières. La logique d'identité est remplacée par une logique de mutation. A l'instar du rêve, le conte naît d'un désaccord entre le conscient et l'inconscient. Il exprime la réalisation d'un désir qui peut s'accompagner d'un désagrément et partage donc les mêmes thématiques que le rêve⁴⁴. Ces trois paradoxes participent à l'appropriation du patient à l'histoire tout en tenant une juste distance avec les problématiques de la réalité. Il apparaît alors que l'histoire fait écho aux patients et que le travail de ce contenu à travers la médiation thérapeutique favorise la résolution de problématiques réelles. L'histoire possède donc une dimension médiatrice, par le biais des modifications spatiales, temporelles et identitaires. En ce sens, le contenu aurait un aspect thérapeutique intéressant pour une prise en soin en psychomotricité.

Le contenant correspond à l'organisation de ce contenu. Il peut également jouer un rôle dans le processus thérapeutique. Pour mieux comprendre son aspect thérapeutique, revenons sur les deux structures du conte : la forme commune à tous les contes et celle qui dépend de son contenu. Concernant la forme commune, il semble important de revenir succinctement sur sa structure. Pour cela, intéressons-nous à Vladimir Propp, anthropologue russe, qui a créé un modèle d'analyse littéraire du conte⁴⁵. Il le divise en une succession d'événements. Le premier événement amène toujours un déséquilibre, qui correspond à une perte ou à un manque. Les événements ultérieurs sont une recherche de rééquilibrage, jusqu'au dernier qui permet une résolution. Il apparaît que ce changement coïncide avec un processus psychique de réparation de soi (ou d'un objet) qui est mis en action symboliquement dans l'échange entre le conteur et le patient. Le conte suit donc une organisation dans sa forme globale et également dans son contenu. Intéressons-nous maintenant à la structure du contenu. D'une part, le conte se compose en trois temps : la situation initiale, les péripéties et la situation finale, comme nous venons de l'évoquer. D'autre part, les événements de l'histoire sont répétés trois fois, avec, parfois, une modification progressive des actions. Retenons que le rythme est un organisateur

⁴³ B. Chouvier, 2015, p.X

⁴⁴ S. Freud et E. Oppenheim, 1972

⁴⁵ V. Propp, 1965

psychocorporel. Il est nécessaire d'alterner entre des silences et des informations, entre le repos et l'action, afin de développer une perception de soi stable. L'organisation du rythme prend en considération à la fois la dimension relationnelle et émotionnelle, le support d'action ainsi que l'organisation cognitive. Ce jeu affectif est valorisé par les formules répétitives et également les rimes et les onomatopées qui peuvent estomper les horreurs de l'histoire et amener le patient vers un état régressif. En considérant le rythme comme le langage du corps, il est déclencheur d'émotions, favorise le lien à soi et aux souvenirs⁴⁶. Le conte suit donc un rythme ternaire qui s'accorde avec les processus de symbolisation du développement⁴⁷. L'être humain est soumis à ce rythme dans de multiples domaines : au niveau physiologique (cardiaque, respiratoire), psychique (raisonnement, déduction) et comportemental. La rythmicité du conte à la fois interne et globale permet donc à l'histoire de s'ancrer affectivement. Cet ancrage semble être à l'origine d'une forte résonance émotionnelle et d'une prégnance mémorielle qui permet donc au conte d'être support d'élaboration et de représentation psychique. A ce titre le conte peut être utilisé auprès d'adultes polyhandicapés pour qui l'émotion peut être difficilement assimilable et donc maîtrisable.

Enfin, l'acte narratif du conte provoque chez les auditeurs ce que Bernard Chouvier appelle un phénomène de ravissement et d'enchantement. Le ravissement correspond au plaisir procuré par l'identification au personnage principal. Il s'effectue de façon passive dans la réceptivité. L'enchantement correspond à une circulation psychique entre l'histoire racontée et le vécu émotionnel présent grâce à la structure spécifique du conte⁴⁸. Ces modalités de l'acte narratif sont essentielles pour donner au conte son aspect thérapeutique. La médiation conte a une dimension verticale entre le conteur et les patients, et une dimension horizontale entre le sujet et ses propres terreurs. Le conte devient une médiation par la construction d'un espace ludique permettant le partage d'affects, c'est-à-dire un espace qui favorise l'expression émotionnelle et la représentation fantasmatique⁴⁹. Cet espace s'établit grâce au conteur et à la réceptivité des patients. Le contage est un moment de plaisir

⁴⁶ F. Boscaini et A. Saint-Cast, 2012

⁴⁷ B. Chouvier, 2015

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ *Ibid.*

partagé entre le conteur et son public. La spontanéité et la sensibilité du conteur amplifient l'impact émotionnel du conte sur les patients. Pour pouvoir s'en saisir empathiquement, les patients doivent avoir une capacité de lâcher prise et d'attention. Leur installation doit être confortable et il est nécessaire de neutraliser le plus possible les perturbations motrices et sensorielles. La réceptivité au conte n'est pas forcément innée et peut être un objectif thérapeutique. Elle est renforcée par l'établissement d'une relation de confiance entre les thérapeutes et les patients⁵⁰.

Les spécificités du conte mettent donc en évidence la dimension spatiale, temporelle et identitaire du contenu de l'histoire. La structure du conte, quant à elle, s'avère être évocatrice du rythme ternaire, indispensable à la vie et à l'organisation psychique. Enfin, l'acte narratif rend compte de la posture du thérapeute à l'égard des auditeurs et également d'un espace de relation qui peut se rapprocher de l'espace transitionnel : la médiation thérapeutique. Aussi, développons dès à présent la médiation conte dans une perspective d'atelier psychomoteur.

2.3. Le dispositif de la médiation conte

L'utilisation du conte dans une visée thérapeutique, bien que peu théorisée, est relativement ancienne. Aujourd'hui, elle est utilisée auprès de tout type de public⁵¹. A notre connaissance, il n'existe aucune contre-indication à cette pratique. Intéressons-nous sur le dispositif classique d'une médiation conte.

Les séances d'un atelier conte sont généralement organisées en trois temps et trois espaces : le contage, la reprise et la mise en mots⁵². Cette organisation se rapproche du contenant du conte et à ce titre peut être entendue comme le contenant de la thérapie. Le moment de contage correspond à l'acte narratif développé plus haut⁵³. Il engage la posture du thérapeute et contribue à la création d'un espace de relation entre le thérapeute et le patient. La reprise permet au groupe de s'approprier le conte par une mise en acte symbolique prenant appui sur l'identification aux personnages. En ce sens, ce moment peut s'apparenter au rôle du contenu du conte,

⁵⁰ B. Chouvier, 2015

⁵¹ R. Kaës, 2012

⁵² B. Chouvier, 2015

⁵³ Cf. *supra* p.19

où le psychomotricien peut travailler certains items psychomoteurs, comme le temps, l'espace et l'identité, que nous avons évoqués plus tôt⁵⁴. Bernard Chouvier propose trois types de reprise : le dessin, un jeu de rôle basé sur le scénario de l'histoire et une modification ou une prolongation de l'histoire. Enfin, la mise en mots est un temps de verbalisation et de partage des ressentis. Elle soutient une élaboration psychique en mettant en lien les affects avec des représentations. Ainsi, elle favorise la gestion émotionnelle et sert de retour à la réalité. Ce temps apparaît important en psychomotricité pour favoriser la représentation des éprouvés corporels.

A nouveau, la rythmicité en trois temps se manifeste, cette fois par l'organisation temporelle et spatiale de la séance. De plus, ce dispositif se centre autour de la mise en sens de ressentis. C'est à ce niveau qu'elle apparaît intéressante pour la psychomotricité, notamment chez des personnes en situation de polyhandicap. Elle permet de travailler différents items psychomoteurs, le temps, l'espace, l'identité et aussi la régulation émotionnelle et la symbolisation. Ces deux derniers points sont l'objet de notre recherche. Nous allons donc maintenant nous attacher à les développer ensemble.

3. La régulation émotionnelle

Au vu des problématiques motrices et intellectuelles, il apparaîtrait que les personnes en situation de polyhandicap manifestent des difficultés à réguler leurs états émotionnels. Afin de mieux comprendre à quel niveau ces difficultés apparaissent, nous nous attelons ensemble à organiser un modèle explicatif du mécanisme émotionnel.

3.1. Le processus émotionnel

Pour commencer, revenons de manière hiérarchique aux premiers niveaux de la régulation émotionnelle et décrivons le processus émotionnel de manière générale. Nico Frijda, psychologue néerlandais, Klaus Scherer, psychologue suisse, et Franco Boscaïni, psychomotricien, s'accordent à penser que l'émotion est d'abord vécue corporellement avant d'être assimilée au niveau psychique. Précisons plus en détails

⁵⁴ Cf. *supra* p.17

ce mécanisme. L'émotion débute en premier lieu par la perception d'une situation connotée de manière significative positivement ou négativement. C'est ce que Nico Frijda appelle l'évaluation cognitive⁵⁵. Ensuite vient le temps de la mise à disposition corporelle, c'est ce que Klaus Scherer développe en termes d'expression émotionnelle⁵⁶. L'émotion n'est alors pas encore représentable psychiquement, il s'agit d'un vécu corporel ressenti. Il évoque les phénomènes d'expressions faciales, posturales, gestuelles, vocales ainsi que les changements physiologiques tels que l'augmentation du rythme cardiaque ou la transpiration. Ces phénomènes amènent une adaptation à la situation en termes de fuite, d'agressivité ou de neutralité. Le mécanisme émotionnel correspond donc à cette chaîne de réactions coordonnées (évaluation des stimuli, modification physiologique, réponses comportementales d'attaque ou de fuite) aboutissant à ce que Franco Boscaïni appelle les résonances affectives et cognitives⁵⁷. Le vécu corporel est alors associé au contexte. La personne ayant perçu la situation et vécu corporellement des sensations d'ordre plus ou moins agréable, peut dès lors prendre conscience de son état émotionnel⁵⁸. L'interprétation de cet état comme étant une émotion particulière (joie, colère, tristesse etc.) nécessite alors un travail cognitif d'association, créant une image mentale en lien avec la situation actuelle. Il apparaît donc que le processus émotionnel est indissociable du processus mnésique. En effet, selon Christof Kuhbandner, neuropsychologue, la mémoire émotionnelle s'active dès la perception d'une situation (environ moins de 0,1 seconde après). Elle nous permet de ressentir la situation en termes de sensation positive ou négative et enregistre les sentiments éprouvés au cours des événements marquants d'une vie⁵⁹. De plus, elle emmagasine aussi bien les bonnes que les mauvaises choses. Ce premier niveau mnésique s'apparente au premier niveau de vécu émotionnel de Nico Frijda, Klaus Scherer et Franco Boscaïni. La mémoire sensorielle s'active juste après (environ 0,1 seconde après la perception de la situation) et nous donne à ressentir du plaisir ou du déplaisir. De cette manière, l'individu engage le processus mnésique en inscrivant dans le psychisme une trace émotionnelle et sensorielle. La personne accède ensuite au travail de la mémoire à court terme. Les systèmes sous-tendant cette mémoire permettent d'enregistrer les

⁵⁵ N. Frijda, 1986

⁵⁶ K. Scherer, 1984 ; D. Grandjean, D. Sander et R. Scherer, 2008

⁵⁷ F. Boscaïni, 2007

⁵⁸ N. Frijda, 1986 ; N. Frijda, P. Kuipers et E. Schure, 1989

⁵⁹ C. Kuhbandner, 2016

informations en lien avec la situation et de commencer un processus de travail cognitif sur l'association des sensations et de ce qui peut être interprété de la situation. C'est le début de la formation du souvenir. Enfin, vient la mémoire à long terme, notamment la mémoire épisodique*, où la personne enregistre la situation dans son contexte spatial, temporel, affectif et émotionnel. Le modèle théorique de Christof Kuhbandner met donc en exergue le rôle de la mémoire dans le passage des éprouvés corporels aux représentations mentales de l'émotion et précise comment fonctionne ce travail cognitif. Il montre également l'influence de l'émotion dans l'encodage et le stockage des souvenirs des états affectifs et dans la réactualisation de ces souvenirs.

Le processus émotionnel met donc en jeu la perception d'une situation connotée émotionnellement et provoque un recrutement corporel spécifique à l'événement. Celui-ci permet d'adapter un comportement se manifestant par des réactions particulières. La résonance émotionnelle de ces réactions s'inscrit au niveau cognitif, notamment dans la mémoire autobiographique de la personne. Elle crée ainsi des images mentales liées au souvenir des éprouvés précédents et permet, par des ponts associatifs avec ces représentations, de prendre conscience des états émotionnels de la personne. L'émotion dépend donc des stimulations environnementales mais aussi de notre propre manière de percevoir et interpréter les stimulations qui s'appuie sur notre mémoire autobiographique. C'est pour cette raison qu'une même situation peut provoquer chez une personne polyhandicapée des réactions parfois extrêmement éloignées de celles d'autrui. Maintenant que nous avons détaillé le mécanisme émotionnel, il semble important de décrire ensemble les émotions pouvant en résulter ainsi que leurs différents rôles dans la construction de soi.

3.2. Le rôle des émotions dans la construction de soi

Intéressons-nous en premier lieu à la classification des types d'émotions que nous sommes susceptibles de percevoir et donc d'intégrer. Charles Darwin, naturaliste britannique, est le premier, en 1872, à mettre en exergue six émotions partagées par tous quelles que soit la culture, la personnalité et l'histoire de vie de chacun. Elles forment ce qu'il appelle les émotions universelles : la joie, la colère, la

tristesse, la peur, le dégoût et la surprise⁶⁰. Dans les années 1990, Paul Ekman et Wallace Friesen, psychologues américains, reprennent les travaux de Charles Darwin. Ils distinguent les émotions universelles des émotions complexes, comme la fierté ou la honte ; ces dernières étant des mélanges des émotions de base⁶¹. Pour Franco Boscaïni, psychomotricien, il existe quatre émotions fondamentales : la peur, la colère, la tristesse et la joie⁶². Pour lui, ces quatre émotions sont les plus significatives dans les séances de psychomotricité car elles sont organisatrices du moi corporel et de l'identité. Précisons ensemble comment ces quatre émotions interviennent dans l'organisation de notre subjectivité. Franco Boscaïni explique que la colère est le résultat d'une frustration ou d'un obstacle à l'expression de soi. Elle mobilise notre énergie pour défendre notre identité, qui, blessée, exige une réparation. Lorsqu'elle est exprimée et écoutée, la colère s'apaise et la personne se détend. La tristesse se caractérise par une réaction face à la perte d'une personne, d'un objet ou d'une situation. Elle induit, de ce fait, un renoncement, de la douleur ou un deuil et permet d'aborder la capacité de vivre seul, d'être autonome. Cette capacité à élaborer la perte est primordiale dans la construction de la représentation de soi et de l'autre. De son côté, la peur signale un danger qui met en péril l'identité. La personne peut alors réagir de deux façons : l'évitement ou l'affrontement. Si la peur ne peut être exprimée, elle peut amener un repli sur soi, une perte de confiance en soi et une désorganisation de l'image du corps. La personne est alors susceptible de modifier la perception qu'il a de l'environnement. Pour finir, la joie rend compte d'une invitation à s'ouvrir aux autres. Elle satisfait le besoin de reconnaissance et d'appartenance et fournit l'énergie nécessaire pour supporter les autres émotions. Par ailleurs, la joie a une fonction de désinhibition et favorise la connaissance de son corps. Elle structure ainsi l'image corporelle, aide à faire des choix et développe l'autonomie⁶³. Ces émotions, exprimées à bon escient, favorisent un rapport au corps optimal et des relations sociales adaptées. Elles dépendent du vécu personnel de chacun et sont donc intimement liées aux processus mnésiques. Endel Tulving, psychologue américain, en fait la démonstration. Pour lui, la mémoire autobiographique nous procure un sens de l'identité par sa fonction de garder des traces du passé et des événements marquants.

⁶⁰ C. Darwin, 1872

⁶¹ P. Ekman et W.-V. Friesen, 1971 ; P. Ekman, 1999

⁶² F. Boscaïni, 2007

⁶³ *Ibid.*

Elle se compose des événements personnellement vécus (mémoire épisodique) et des connaissances sur le monde (mémoire sémantique)⁶⁴. L'individu se construit donc sur la base de ses propres souvenirs. En effet, la mémoire autobiographique s'établit sur notre capacité à recevoir des informations et à les interpréter, comme le spécifie Christof Kuhbandner⁶⁵. Or, la construction d'un souvenir n'est possible que lorsque la situation est rattachée à une réaction émotionnelle corporelle et physiologique, comme nous l'avons décrit plus tôt⁶⁶.

Ainsi, pour accomplir leur rôle de construction et de protection de l'identité, les émotions ressenties et exprimées doivent être appropriées au contexte et régulées. Et, pour réguler les émotions, il apparaît nécessaire de tenir compte de la construction identitaire de la personne ainsi que ses réactions émotionnelles dans la vie quotidienne. Ce travail de régulation émotionnelle repose fortement sur la capacité à interpréter l'émotion ressentie, c'est-à-dire à la reconnaître dans un contexte particulier et à la symboliser. Attachons-nous à comprendre les mécanismes d'identification de nos propres émotions.

3.3. Identification des émotions personnelles

Pour identifier une émotion vécue il est nécessaire de l'accepter, c'est-à-dire de la conscientiser, et ainsi en extraire les informations qui construisent notre identité. En effet, les émotions nous renseignent sur nous-même, sur notre environnement et sur notre relation avec ce dernier. Afin de mieux distinguer et comprendre nos émotions, nous nous appuyons sur le vocabulaire émotionnel que nous connaissons⁶⁷. Plus ce vocabulaire est riche et plus nous pouvons identifier précisément nos émotions et affiner leur compréhension⁶⁸. Cet outil d'identification apparaît déficitaire chez les personnes en situation de polyhandicap qui n'ont pas les ressources et le vocabulaire suffisants pour mettre en sens leurs ressentis. Si l'identification de la représentation de l'émotion est compliquée, il est possible de s'appuyer sur les réactions corporelles, mécanisme antérieur au processus

⁶⁴ E. Tulving, 1972

⁶⁵ C. Kuhbandner, 2016

⁶⁶ Cf. *supra* p.21

⁶⁷ D. Nélis, 2010a

⁶⁸ *Ibid.*

émotionnel⁶⁹. En effet, selon Richard Lane et Gary Schwartz, chercheurs américains, la conscience émotionnelle suit le mécanisme émotionnel⁷⁰. Il existerait donc cinq niveaux pour accéder à l'identification de l'émotion. Décrivons ces étapes succinctement. Le premier niveau correspond à l'expérience émotionnelle vécue de la personne et le deuxième au recrutement corporel qui en découle pour se préparer à l'action. La mise en sens de ces éprouvés, notamment par la verbalisation, rend compte d'un troisième niveau de conscience émotionnel et permet d'identifier les émotions de bases. La reconnaissance des émotions plus complexes forme le quatrième niveau. Enfin, le dernier niveau rassemble les capacités à se représenter et apprécier la complexité des expériences émotionnelles personnelles et interpersonnelles.

L'identification de nos propres émotions suit donc les différentes étapes du processus émotionnel en considérant l'expression corporelle et la mise en sens de l'émotion ressentie, notamment par sa nomination. Par notre prise en soin, nous cherchons à renforcer ces instruments d'identification de l'émotion à l'aide de la médiation conte. Nous nous attachons en particulier à mettre du sens sur les vécus corporels de l'expression. Ces différentes phases amènent une représentation précise des émotions et permet de les identifier plus facilement. Identifier nos propres émotions et celles d'autrui apparaît nécessaire à l'ajustement comportemental et à l'adaptation sociale. Attachons-nous maintenant à décrire les mécanismes sous-jacents à l'identification des émotions d'autrui.

3.4. Identification des émotions d'autrui

L'identification de l'émotion d'autrui se base sur l'observation de l'ensemble de l'expression émotionnelle de l'autre tant verbale que non verbale. Pour une part importante des personnes en situation de polyhandicap, la compréhension du langage oral se fait par mots clés ce qui réduit son importance pour comprendre l'émotion d'autrui. Aussi, l'expression émotionnelle verbale semble difficilement identifiable par les personnes polyhandicapées. L'expression émotionnelle non verbale, quant à elle, comprend les modifications vocales (tonalité, rythme)⁷¹, le regard, les gestes, les

⁶⁹ Cf. *supra* p.21

⁷⁰ R. Lane et G. Schwartz, 1987

⁷¹ S. Borel, 2012

postures et enfin les expressions faciales⁷². Les capacités langagières et les limitations motrices des personnes en situation de polyhandicap orientent notre intérêt pour l'influence du regard et des expressions faciales dans cette identification. Paul Ekman a mis au point un test pour évaluer objectivement cette dernière modalité. Ce test demande de reconnaître l'émotion exprimée par l'expression faciale de personnes photographiées parmi les six émotions de base (peur, surprise, tristesse, joie, colère et dégoût)⁷³. Par ailleurs, l'interprétation de l'expression émotionnelle d'autrui nécessite l'appui de mécanismes cognitifs, comme la théorie de la simulation et la théorie de l'esprit. Ces deux mécanismes tiennent une place importante dans notre prise en soin, notamment dans la reconnaissance des émotions des personnages du conte et leurs mises en jeux dans la séance. Définissons-les ensemble. La théorie de la simulation est décrite par Jean Decety, psychologue français, comme la capacité à se représenter ce que seraient nos états mentaux, affectifs ainsi que nos comportements dans une situation sociale⁷⁴. Elle concerne donc l'identification de nos propres émotions et leurs applications pour comprendre le comportement d'autrui. La théorie de l'esprit, quant à elle, nécessite de s'extraire de son propre fonctionnement émotionnel pour considérer les états mentaux d'autrui⁷⁵. Elle nécessite donc de prendre en compte les émotions d'autrui tout en ayant conscience de ses propres émotions⁷⁶. Lorsque la théorie de l'esprit est mise à profit dans les relations sociales, elle favorise l'interaction et permet d'adapter un comportement à l'égard de la personne, il s'agit alors de la capacité d'empathie⁷⁷. Si cette capacité oriente nos comportements vers le bien-être de la personne, elle est appelée capacité altruiste⁷⁸. Parfois, l'émotion de l'autre s'imisce dans nos propres émotions. Nous partageons alors le même état émotionnel qu'autrui : c'est la sympathie. Les personnes polyhandicapées peuvent manifester des comportements de sympathie et se alors laisser envahir par l'émotion de l'autre.

⁷² J. Corraze, 1997 ; A. Mehrabian et M. Wiener, 1967 ; A. Mehrabian et S.-R. Ferris, 1967 ; D. Nélis, 2010b

⁷³ Cf. *supra* p.23

⁷⁴ J. Decety, 2004

⁷⁵ D. Premack et G. Woodruff, 1978

⁷⁶ C. Coricelli, 2005 ; C. Duval et P. Piolino, 2011

⁷⁷ S. Caliendo, 2004 ; S. Tisseron, 2010

⁷⁸ J. Corraze, 2015

L'identification des émotions d'autrui nécessite donc de s'intéresser aux comportements de l'autre dans leurs aspects verbaux et non-verbaux. Cette capacité implique des capacités cognitives suffisamment efficaces pour associer ses propres ressentis, les représentations de l'émotion ainsi que l'expression émotionnelle de soi et d'autrui. De cette manière, elle favorise les interactions sociales par un comportement adapté. Pour accéder à cette dernière modalité, il paraît essentiel de réguler et conscientiser ses propres états émotionnels. Intéressons-nous donc aux différentes stratégies employées pour réguler nos émotions.

3.5. La régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle, que nous utilisons en permanence, remplit deux fonctions principales⁷⁹. Elle permet, d'une part, de renforcer les bénéfices des émotions fonctionnelles, c'est-à-dire des émotions adaptées à une situation, et, d'autre part, de réguler les émotions dysfonctionnelles. Une émotion est dite dysfonctionnelle si elle nuit aux performances, au bien-être personnel ainsi qu'à celui d'autrui, et si elle est inappropriée au contexte et aux normes sociales et personnelles. Ces deux fonctions sont importantes pour les relations sociales, les performances, le bien-être et la santé physique et mentale⁸⁰. Le soutien de ces différentes dimensions est donc essentiel pour tendre vers une qualité de vie optimale.

Détaillons ensemble le fonctionnement de la régulation émotionnelle. Il s'agit d'un processus par lequel nous modulons l'émergence, l'expérience et l'expression émotionnelle. Précisons les modifications que la régulation émotionnelle peut induire dans ces différents niveaux. La régulation de l'émergence émotionnelle concerne les stimuli engendrant l'émotion et le type de celle-ci. La régulation de l'expérience change la manière dont est ressentie l'émotion en termes de durée et d'intensité. Enfin, la régulation de l'expression émotionnelle agit sur tous les aspects de cette expression décrite précédemment⁸¹. La régulation émotionnelle intervient donc à tous les niveaux du processus émotionnel. Elle se fait majoritairement de manière automatique, donc inconsciente mais elle peut aussi être contrôlée, et donc être

⁷⁹ M. Mikolajczak, 2010

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ Cf. *supra* p.21

consciente⁸². Présentons maintenant les deux mécanismes principaux que nous utilisons dans notre prise en soin pour étayer la régulation émotionnelle. Le premier s'appuie sur un mécanisme de répétition et d'automatisation. En effet, les réactions aux situations se modifient au fur et à mesure que nous sommes confrontés à des situations similaires. Cette stratégie met en jeu la mémoire autobiographique. Nous enregistrons le long de notre vie des souvenirs de situation en lien avec l'émotion ressentie à ce moment-là. Plus nous multiplions ces expériences et plus nous produisons des ressources pour faire face à une nouvelle situation. Il apparaît donc important de proposer aux personnes polyhandicapées, chez qui la régulation émotionnelle est difficile, des situations dans lesquelles elles peuvent expérimenter leurs émotions pour ensuite pouvoir les intégrer psychiquement et qu'elles puissent en garder une trace mnésique. Ce processus cognitif induit un mécanisme d'automatisation psychique et comportemental qui permet ainsi de réguler l'émotion vécue. Afin que ce mécanisme puisse opérer, il est essentiel de pouvoir prendre conscience de ses émotions, et donc de pouvoir les identifier, comme le spécifie Chantal Jacquet, philosophe⁸³. Ainsi, l'identification des émotions tient une place importante dans ce processus de régulation, comme nous l'avons évoqué plus tôt⁸⁴. Afin de la stimuler, nous nous attachons à mettre du sens sur les vécus émotionnels proposés et émergents en séance. Le deuxième mécanisme que nous cherchons à renforcer dans notre prise en soin est le partage social de l'émotion. Communiquer instantanément, ou *a posteriori*, l'émotion ressentie à autrui permet de l'identifier plus précisément. Ce partage participe aussi à sa régulation de manière plus indirecte. En effet, l'expression émotionnelle indique à l'entourage les besoins de la personne et l'incite à y répondre. De cette manière, une réponse adaptée aux besoins sous-jacents à l'émotion participe à sa régulation. Par exemple, une personne triste a besoin d'être réconfortée. L'entourage peut aussi aider la personne à modifier la situation initiatrice de l'émotion. Par conséquent, une modalité de prise en soin groupale associée à la stimulation et la mise en sens de l'expression émotionnelle optimise une amélioration de la capacité de partage social de l'émotion.

⁸² S. L. Koole, 2009

⁸³ C. Jacquet et al., 2014

⁸⁴ Cf. *supra* p.25

La régulation émotionnelle se base sur des stratégies spécifiques, comme l'automatisation de l'émotion par la répétition et le partage social. Ces deux stratégies sont sous-tendues par la capacité à identifier les émotions. Il apparaît essentiel de diversifier ses stratégies pour favoriser une régulation optimale de l'émotion.

4. Conclusion

Au travers de ces champs théoriques nous avons pu mettre en évidence les caractéristiques du polyhandicap, ses causes et ses conséquences. Sur cette base, la psychomotricité s'inscrit dans une thérapeutique agissant sur le corps et l'intégration psychique des éprouvés corporels. Elle intervient dans un travail inter-disciplinaire en axant ses actions sur le bien-être de la personne. Elle s'appuie alors sur des médiations thérapeutiques, comme le conte, pour faire émerger des représentations psychiques, favoriser l'expression corporelle et la conscience des éprouvés corporels. Ces éléments paraissent essentiels à l'identification des émotions et donc à la régulation émotionnelle, capacité fondamentale aux interactions sociales. Ces postulats théoriques nous amènent à considérer le cœur de notre mémoire, à savoir l'apport de la psychomotricité dans ce processus de régulation émotionnelle. Intéressons-nous donc à la problématique expérimentale et aux différentes hypothèses que nous avons émises pour y répondre.

II. Expérience

1. Problématique

Au travers des travaux des différents auteurs que nous avons développés dans la partie théorique, s'est dégagé un modèle conceptuel du développement de l'humain. Tout au long de la vie, les expériences que nous vivons laissent une trace psychique à caractère émotionnel qui façonne l'édifice de notre être. Pour accéder à la représentation, ces auteurs (et bien d'autres) s'accordent à penser que l'activité psychique se construit dans l'action, le mouvement et l'interaction avec l'environnement. Si le langage est indispensable à la socialisation, l'adaptation émotionnelle et affective le sont tout autant. Pour cela, il est nécessaire de s'extraire de son propre fonctionnement, pour comprendre et interpréter les représentations mentales des autres (théorie de l'esprit). Le processus de symbolisation de l'émotion nécessite alors la succession de différentes étapes que sont l'évaluation de la situation, la réaction émotionnelle, le vécu émotionnel, l'identification des émotions et de la situation et l'intégration psychique de ces émotions (représentations). Les trois premières étapes restent accessibles aux personnes polyhandicapées, en revanche l'identification des émotions et des situations est plus difficile, ce qui entrave la généralisation à d'autres contextes et provoque des comportements parfois inappropriés à la situation. Les stratégies de régulation émotionnelle mis en place par ces personnes pour faire face à ce comportement peuvent alors s'avérer lacunaires. Comment la prise en soin en psychomotricité peut-elle jouer un rôle dans le développement des capacités de régulation des émotions chez des adultes polyhandicapés ? Afin de répondre à cette question, exprimons ensemble les différentes hypothèses qui nous ont paru les plus pertinentes à ce propos.

2. Hypothèses générales

Les hypothèses générales supposent l'explication d'un phénomène particulier. Dans notre projet de recherche, il s'agit du rôle de la psychomotricité dans la régulation émotionnelle. Aussi, nous supposons que les expressions faciales sont un moyen d'identification privilégié des émotions pour les personnes en situation de polyhandicap. La reconnaissance des expressions faciales reflétant les émotions de

base (joie, colère, tristesse, peur) pourrait s'améliorer au travers d'un travail de conscience corporelle, de stimulations motrices et sensorielles ainsi que par le biais de mise en sens du vécu émotionnel. Un dispositif thérapeutique utilisant le conte favoriserait, au travers de ces éléments, la régulation émotionnelle chez des individus en situation de polyhandicap.

Afin de répondre à ces hypothèses générales, déterminons ensemble les hypothèses statistiques, appelées hypothèses opérationnelles, qui permettent de rendre quantifiable, et donc analysable, les hypothèses générales que nous venons de présenter.

3. Hypothèses opérationnelles

Les hypothèses opérationnelles déterminent les effets de différentes modalités que nous faisons varier durant notre expérience. Nous retenons trois hypothèses.

L'hypothèse opérationnelle 1 (H1) concerne l'effet du temps. Nous nous attendons à ce que l'identification des émotions soit meilleur au cinquième mois de stage qu'au premier mois de stage les deux groupes confondus.

L'hypothèse opérationnelle 2 (H2) concerne l'effet de groupe. Au cinquième mois de stage comme au premier mois de stage, nous nous attendons à observer de meilleures capacités d'identification des émotions pour le groupe bénéficiant d'une prise en soin en psychomotricité (groupe P), du fait du travail effectué sur les émotions lors de la prise en soin, que pour le groupe ne bénéficiant pas d'une prise en soin en psychomotricité (groupe NP).

L'hypothèse opérationnelle 3 (H3) concerne l'effet d'interaction entre le temps et le groupe. Nous nous attendons à ce que le groupe P identifie mieux les émotions au cinquième mois de stage qu'au premier mois de stage. Nous nous attendons à ce que le groupe NP identifie les émotions de la même manière au cinquième mois de stage qu'au premier mois de stage.

Afin d'expérimenter ces effets, nous évaluons sur une échelle d'intervalle (échelle quantitative) l'identification des émotions de base (joie, colère, peur, tristesse). Cette échelle s'appuie sur le nombre de réponses justes à l'identification de l'émotion évalué par notre protocole et s'étalonne de un à huit points. Nous étudions la variable indépendante intra-sujet «temps» selon deux conditions : le premier mois de stage et le cinquième mois de stage. Et, nous étudions la variable indépendante inter-sujet «groupe» selon deux conditions : le groupe P, c'est-à-dire le groupe bénéficiant de la prise en soin en psychomotricité, et le groupe NP, c'est à dire le groupe ne bénéficiant pas de psychomotricité. Il s'agit du groupe contrôle.

4. Présentation de l'institution

L'institution nous accueillant est une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), située dans Paris et dépendant d'une association laïque à but non-lucratif. Nous intervenons dans une annexe, ouverte en 1991. Il s'agit d'un appartement situé au deuxième étage d'un immeuble parisien. Il accueille en internat huit adultes polyhandicapés. Les résidents sont âgés de trente-neuf ans à soixante ans. Plusieurs d'entre eux vivent dans cet appartement depuis l'ouverture de l'annexe et tous ont suivi le même parcours institutionnel depuis leur enfance. Les derniers arrivants ont emménagé dans l'appartement il y a douze ans. L'équipe éducative qui suit ces résidents se compose d'Aide-Médico-Psychologiques (AMP) et d'Aide-Soignants (AS). L'équipe paramédicale, quant à elle, se compose de psychomotriciens, de kinésithérapeutes, d'infirmiers et d'ergothérapeutes. Le cadre architectural s'organise en deux espaces distincts d'hébergement, un pour les hommes et un pour les femmes. Ils se rejoignent en une salle commune faisant office de salon donnant accès à des bureaux ainsi qu'une salle polyvalente où nous réalisons nos prises en soin. Décrivons maintenant les résidents à qui nous avons proposé de participer à l'expérience.

5. Population

La mise en place de ce projet nécessite de former deux groupes d'adultes en situation de polyhandicap dont les capacités sont similaires. Pour sélectionner ces deux groupes, nous avons émis des critères d'inclusion et d'exclusion. Détaillons-les plus précisément.

4.1. Critères d'inclusions et d'exclusions

Nous avons proposé à quatre des résidents de cette annexe de participer à cette expérience. Deux d'entre eux bénéficieront de séances de psychomotricité tandis que les deux autres formeront un groupe nommé «groupe contrôle». Ces quatre personnes sont atteintes d'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale. Il s'agit d'un polyhandicap secondaire à la naissance suite à une anoxie néonatale⁸⁵. Elles présentent toutes quatre un handicap intellectuel grave et des difficultés de communication. Nous avons choisi quatre personnes qui ont vécu le même mode de vie et ont reçu sensiblement les mêmes stimulations au cours de leur vie. Par ailleurs, nous avons volontairement exclu des personnes atteintes de troubles sensoriels importants comme la cécité ou la surdité car ces atteintes peuvent majorer certains biais d'évaluation. Afin de mieux comprendre la sélection de ces participants, revenons sur leur recrutement.

4.2. Recrutement des participants

Nous avons donc rencontré quatre participants, deux hommes et deux femmes en situation de polyhandicap, résidants dans la même MAS à Paris. Ces quatre personnes vivent ensemble depuis une douzaine d'années. Nous avons choisi quatre personnes dont les capacités de compréhension sont préservées mais dont les capacités de langage varient. Les deux personnes à qui nous proposons une prise en soin en psychomotricité, Ahmed et Ophélie (noms d'emprunts), forment le groupe P. Leurs capacités de langage sont très altérées. Elles s'expriment par signes (Makaton) ou par des verbalisations (oui ou non), ainsi que par le regard. Les deux autres, Céline et Etienne (noms d'emprunts), forment le groupe NP qui fait office de groupe contrôle car ils ne sont pas pris en soin en psychomotricité. Leurs capacités de langage sont moins altérées. Ils peuvent s'exprimer oralement malgré quelques difficultés. Avant de détailler le protocole de notre expérience en termes d'évaluation et de prise en soin, revenons sur les conditions de l'évaluation.

⁸⁵ Cf. *supra* p.10

4.3. L'évaluation des participants

Nous évaluons le groupe P composé d'Ophélie et d'Ahmed et le groupe NP composé de Céline et Etienne à deux temps différents : en novembre et en mars. La première évaluation a eu lieu un mois après notre début de stage. Ce temps d'adaptation nous a permis de rencontrer les quatre participants, d'apprendre à les connaître en interagissant avec eux, en observant leur mode de vie et en interrogeant l'équipe. Ce temps nous a, entre autres, permis d'élaborer un protocole de test adapté à leurs compétences en nous basant sur un test pré-existant : le test d'Ekman. Comme il s'agit d'interpréter des comportements non-verbaux dans l'évaluation que nous proposons, nous choisissons d'utiliser la modalité visuelle. Ce moyen de communication est partagé par tous les participants contrairement aux autres modalités non-verbales comme le pointage, le makaton ou le PECS⁸⁶. Par ailleurs, nous avons utilisé le protocole de test que nous avons adapté ainsi qu'une grille d'évaluation afin d'y inscrire les réponses données par les participants⁸⁷. La deuxième évaluation est réalisée après quatre mois de prise en soin pour le groupe P et sert de comparatif à la première évaluation. Le contexte d'évaluation étant posé, nous allons maintenant décrire les membres du groupe P, participants à notre atelier psychomoteur : Ahmed et Ophélie.

4.4. Présentation des participants à l'atelier psychomoteur

Commençons par présenter Ahmed. Il est âgé de 39 ans et est atteint d'un polyhandicap secondaire à l'accouchement (anoxie néonatale cérébrale). En effet, il présente une quadriplégie spastique dominante à droite associée à un handicap intellectuel grave. Ahmed a le visage fin et présente un strabisme divergent. Il souffre également d'une scoliose importante et de déformations podales, notamment au niveau du pied droit. Il porte d'ailleurs des chaussures orthopédiques. De plus, il manifeste des problèmes gastro-oesophagiens associés à des troubles de la déglutition et des risques de reflux gastriques. Lorsque nous rencontrons Ahmed pour la première fois, nous découvrons une personne souriante et volontaire. Nous entrons aisément en relation avec lui à travers le regard, le sourire et les expressions faciales. Il n'a pas accès au langage oral mais effectue quelques signes de sa main gauche

⁸⁶ Picture Exchange Communication System : il s'agit d'un système de communication par échange d'images

⁸⁷ Annexe 4 : protocole d'évaluation de la reconnaissance des émotions

(makaton). Parfois, il se cache le visage avec son avant-bras en rigolant, action ressemblant au jeu de se cacher. Il se déplace en fauteuil électrique, dans un siège coque moulé, ce qui lui permet une certaine autonomie.

Dressons maintenant le profil clinique d'Ophélie. Elle est âgée de 60 ans atteinte d'un polyhandicap secondaire à l'accouchement (anoxie néonatale cérébrale) tout comme Ahmed. Elle présente une quadriplégie spastique dominante à gauche associée à un handicap intellectuel grave. Ophélie a les yeux bleus clairs, la peau claire et le cheveux frisés. Elle se déplace en fauteuil manuel avec l'aide d'une tierce personne. Elle s'exprime essentiellement par mimiques faciales mais peut signifier quelques mots tels que «oui», «non» ou «maman». Elle se coupe parfois de la relation en fermant les yeux, en détournant le regard ou en levant les yeux vers le plafond. De plus, elle peut présenter des persévérations dans l'expression d'un refus et ne plus être réceptive aux propositions suivantes. Maintenant que nous avons présenté les deux participants à notre atelier, nous pouvons décrire notre protocole d'évaluation et de prise en soin.

5. Protocoles

Pour commencer listons ensemble le matériel que nous avons utilisé dans nos protocoles.

5.1. Matériels utilisés

Nous avons utilisé pour les évaluations, au premier mois de stage et au cinquième mois de stage, quatre pictogrammes format A4 en noir et blanc provenant du livret de Makaton représentant les émotions suivantes : joie, colère, tristesse et peur⁸⁸. Nous avons également extrait huit photographies format A4 en noir et blanc du test d'émotions d'Ekman représentant les mêmes émotions. Pour chacune d'entre elles nous avons choisi deux photos, un visage masculin et un visage féminin⁸⁹. Enfin, nous avons utilisé notre grille de protocole pour noter les réponses des participants et les éventuelles observations⁹⁰.

⁸⁸ Annexe 2 : pictogrammes tirés du livret makaton

⁸⁹ Annexe 3 : photographies des émotions tirées du test d'Ekman

⁹⁰ Annexe 4 : protocole d'évaluation de la reconnaissance des émotions

Pour les séances de psychomotricité, nous avons utilisé des tapis de sol que nous avons positionnés contre le mur de la salle polyvalente et divers matériels à disposition pour les stimulations sensorielles et motrices (balles, tissus, instruments de musique). Nous avons également sélectionné quatre contes différents qui reprennent les émotions évaluées⁹¹. Résumons ces différents contes succinctement.

Le conte sur le thème de la joie raconte l'histoire d'un petit garçon ambitieux. Il souhaite devenir toujours plus fort qu'il ne l'est déjà. Il se transforme alors tour à tour en soleil, en nuage et en montagne, pensant être enfin omnipotent. Finalement, fier d'être devenu une montagne imposante et puissante, il constate qu'un minuscule garçon pouvait ébranler la robuste montagne à coups de pioche et de pelle. Il décide alors de redevenir le petit garçon qu'il était, fort de cette morale⁹².

Le conte portant sur la peur ressemble beaucoup à un conte plus connu : «Les trois petits cochons». Il relate l'histoire de trois petites poules qui veulent se protéger du loup. La première poule, qui est noire et très riche, se construit une maison en zinc, un métal solide. La deuxième poule, qui est grise et moyennement riche, se fabrique une maison en bois. Enfin, la troisième poule, qui est blanche et pauvre, se bricole une maison en riz. Le loup détruit les maisons des deux premières poules en vessant dessus, puis il mange les deux malheureuses. Alors que le loup essaie de détruire l'abri de la poule blanche, il se pique les fesses avec le riz. Le loup s'enfuit laissant la petite poule blanche saine et sauve⁹³.

Le conte évoquant la colère se nomme «La naissance du soleil, de la lune et des étoiles». Il se déroule à une époque lointaine où le ciel était très bas. Il était si bas qu'il touchait la cime des arbres et que les oiseaux ne pouvaient voler. A cette époque vivaient une femme et un homme qui travaillaient très dur la journée. Le soir, l'homme et la femme, fatigués de leur journée, faisaient à manger en pilant du riz. Gênés par

⁹¹ Annexe 5 : contes

⁹² E. Montelle, 2006

⁹³ H. Cormeau, 1912

le ciel trop bas, l'homme se mit en colère et finit par frapper le ciel à coup de pilon. Le ciel s'éleva très haut, emportant avec lui le soleil, les étoiles et la lune⁹⁴.

Le conte suggérant la tristesse porte comme titre «La neige et le vent». Dans ce conte, Dieu créa le monde et donna des couleurs aux choses et aux êtres vivants. Il n'y eut qu'à la neige et au vent qu'il ne donna pas de couleur, faute d'être arrivés en retard. Il leur conseille d'aller demander aux choses de leur prêter leur couleur. La neige rencontre plusieurs fleurs à qui elle quémande leur couleur, sans succès. Attristée, elle se met à pleurer et se sent désespérée. Lorsqu'elle s'adresse au perce-neige, et lui fait l'éloge de sa couleur blanche, celui-ci accepte avec plaisir de lui prêter sa couleur. Depuis ce jour, la neige, devenue blanche, recouvre toute les fleurs sauf le perce-neige à qui elle est reconnaissante. Le vent quant à lui n'a pas trouvé de couleur et erre sur terre sans se montrer⁹⁵. Maintenant que nous avons détaillé le matériel utilisé, nous pouvons à présent développer notre protocole d'évaluation.

5.2. Protocole d'évaluation

L'objectif de l'évaluation au premier mois de stage était d'estimer l'identification des émotions de quatre adultes polyhandicapés avant la prise en soin en psychomotricité pour la moitié d'entre eux. La comparaison de cette évaluation avec l'évaluation au cinquième mois de stage a pour finalité l'observation de l'effet du temps sur l'identification des émotions ainsi que l'effet de la prise en soin en psychomotricité et de l'effet d'interaction entre le temps et la prise en soin.

Nous faisons passer l'évaluation aux participants l'un après l'autre, le mardi 15 novembre 2016 entre 14h30 et 16h dans la salle polyvalente du deuxième étage. Nous installons les participants dans leur fauteuil roulant personnel devant une table face au mur. L'une de nous s'installe face au participant et l'autre sur le côté pour prendre en note les résultats et les observations. Nous montrons un à un les pictogrammes représentant les émotions. Le pictogramme «joie» est montré à hauteur de torse tout en expliquant «ce pictogramme représente la joie. La joie c'est quand tu es content, quand tu passes une bonne journée, quand par exemple tu apprends une bonne

⁹⁴ J. Kudlacek et J. Serych, 1980

⁹⁵ M. Van Den Berg, 2000

nouvelle». Puis il est posé sur la table, à gauche du participant, face visible. L'expérimentateur montre ensuite le pictogramme «colère» à hauteur du torse en expliquant «ce pictogramme représente la colère. La colère c'est quand tu n'est pas content, quand il se passe quelque chose qui ne t'as pas plu, qui t'énerve, par exemple quand quelqu'un t'embête». Puis il est posé sur la table, à côté du pictogramme «joie», juste à droite. L'expérimentateur montre ensuite le pictogramme «tristesse» à hauteur du torse en expliquant «ce pictogramme représente la tristesse. La tristesse c'est quand tu es malheureux, quand tu as du chagrin. Tu peux avoir envie de pleurer, par exemple quand nous perdons quelqu'un que nous aimions bien». Puis il est posé sur la table, à droite du pictogramme «colère». L'expérimentateur montre ensuite le pictogramme «peur» à hauteur du torse en expliquant «ce pictogramme représente la peur. La peur c'est quand quelque chose t'effraie, quand quelque chose t'angoisse. Par exemple quand tu as l'impression que tu vas tomber». Puis il est posé sur la table, à droite du pictogramme «tristesse»⁹⁶. L'expérimentateur donne ensuite la consigne suivante «Maintenant, je vais te montrer des photos de visages qui expriment l'une de ces émotions. Tu vas fixer le pictogramme correspondant à l'émotion sur la photo, par exemple, si tu penses que la personne est contente, tu vas fixer le pictogramme joie. Si tu penses que la personne est en colère, tu vas fixer le pictogramme colère. Si tu penses que la personne est malheureuse, tu vas fixer le pictogramme tristesse et si tu penses que la personne est effrayée, tu vas fixer le pictogramme peur». L'examineur montre ensuite successivement la photographie «colère homme», «joie femme», «tristesse homme», «peur femme», «joie homme», «colère femme», «peur homme» et «tristesse femme» à hauteur de torse et note les réponses au fur et à mesure. La signification des pictogrammes et la consigne peuvent être rappelées à tout moment du test afin d'éviter les biais de compréhension des consignes. Nous considérons la validation de la réponse après trois secondes de fixation du regard sur le pictogramme.

Nous avons contrôlé la répartition des visages qui expriment les émotions de manière systématique, en alternant femme et homme. Chaque émotion était répartie de manière systématique afin que deux émotions identiques ne se suivent jamais. Maintenant, portons un regard sur notre protocole de prise en soin psychomotrice.

⁹⁶ Le tutoiement est employé de manière conventionnelle sur notre lieu de stage

5.3. Protocole de la prise en soin psychomotrice

L'expérience se déroule sur quatre mois (de novembre à mars), à raison d'une séance de quarante-cinq minutes par semaine. L'atelier a lieu de 15h à 15h45 tous les mardis dans la salle polyvalente. La première séance débute le 22 novembre 2016 et la dernière séance se termine le 14 mars 2017. Nous arrivons une demi-heure avant afin de prendre le temps de saluer les résidents, s'enquérir de leur état et agencer l'espace de la salle.

En nous basant sur le dispositif thérapeutique de la médiation conte⁹⁷, nous avons conçu nos séances selon une organisation rythmée en quatre temps : le temps du contage, le temps de conscience corporelle, le temps de reprise et le temps de verbalisation. Ce cadre rythmique stable est contrebalancé par l'introduction de stimulations similaires et différentes à chaque séance. L'équilibre entre des repères stables et des variations dans les propositions permet de créer un espace suffisamment contenant et rassurant pour y faire des expériences motrices et sensorielles symbolisantes. Chaque conte est travaillé pendant trois séances afin de favoriser l'intégration des informations et permettre une progression de travail. Après avoir installé les participants au sol et enlevé leurs chaussures, l'une de nous deux se place face aux participants. Elle explique la thématique du jour, c'est-à-dire l'émotion travaillée. Afin de replacer le contexte spatio-temporel et permettre d'ancrer des repères, elle rappelle succinctement ce qui a été travaillé la semaine précédente. Enfin, elle raconte l'histoire en entier en y associant des signes de la langue de signes françaises ou des photographies. Les temps de pauses et la lenteur du contage permet de maintenir une attention homogène, prenant en considération la fatigabilité des participants. Puis, nous les accompagnons dans un temps de récupération avec un travail de conscience corporelle. Nous nous appuyons sur différentes techniques et médiations pour proposer à Ahmed et Ophélie de porter intérêt sur les sensations corporelles, notamment l'unité corporelle, et de se rendre disponible à la séance. Selon la réceptivité de nos deux participants, nous proposons des mobilisations passives, des enveloppements sous forme de pressions-massages, du toucher thérapeutique ou le passage d'une balle ou d'une bouillotte légèrement réchauffée le long du corps. Etant donné que les trois types de reprise développés par Bernard

⁹⁷ Cf. *supra* p.20

Chouvier ne sont pas réalisables avec notre public, nous avons créé une manière adaptée de reprendre le conte. Nous avons travaillé l'identification des émotions en nous appuyant sur des éprouvés corporels⁹⁸ : les stimulations sensorielles, les stimulations posturales et les expressions faciales. Enfin, un temps de verbalisation des ressentis est proposé. Il permet de faire un retour sur la séance et de mettre en mot ce que, nous stagiaires, avons perçu des réactions des participants. Nous privilégions alors les questions fermées, en remontant progressivement de la dernière stimulation à la toute première pour ainsi clore la séance, en rebondissant sur les différentes expressions des participants pour favoriser la mise en sens.

Suite à cette expérience, nous réalisons l'évaluation au cinquième mois de stage afin de les comparer à l'évaluation au premier mois de stage. Attachons-nous maintenant à présenter et interpréter les résultats obtenus.

6. Résultats de l'expérience

6.1. Résultats de l'évaluation de l'identification des émotions

Le test statistique T de Student, permet d'objectiver les résultats en déterminant un repère statistique appelé seuil de signification. Il permet de valider ou non l'effet de chaque variable (le temps et le groupe) et de l'interaction entre ces deux variables. En raison de l'échantillon de population réduit, les résultats ne peuvent être significatifs. Nous ne pouvons donc pas utiliser ce test dans le cas présent pour ces deux raisons. Néanmoins, dans un souci de rigueur, nous choisissons un seuil de signification arbitraire de 1 point, c'est-à-dire que nous considérons l'influence d'une variable lorsque l'écart entre les modalités de la variable équivaut à 1.

⁹⁸ Cf. *supra* p.21

6.1.1. *Résultat de H1 : effet de la variable temps*

Tableau 1

Nombre d'émotions correctement reconnues

Type d'émotion	Temps		
	Temps 1	Temps 2	Différence
Joie	0,5/2	1/2	+0,5
Colère	0,5/2	0,75/2	+0,25
Tristesse	0,75/2	1,25/2	+0,5
Peur	1/2	1/2	0
Total	2,75/8	4,25/8	+1,5

Les résultats mettent en évidence un effet du temps sur l'identification des émotions. Nous remarquons une évolution positive de l'identification des émotions, groupe P et NP confondus (+1,5). La joie et la tristesse sont mieux identifiées au temps 2 qu'au temps 1 (+0,5), même si cette évolution n'est pas significative. Nous ne notons pas d'évolution dans l'identification de la peur.

Ces résultats vont dans le sens de notre hypothèse selon laquelle l'identification des émotions sera meilleure au cinquième mois de stage qu'au premier mois de stage, les deux groupes confondus.

6.1.2. *Résultat de H2 : effet de la variable groupe*

Tableau 2

Nombre d'émotions correctement reconnues

Type d'émotion	Groupe		Différence
	Groupe P	Groupe NP	
Joie	1/2	0/2	1
Colère	1/2	1/2	0
Tristesse	1/2	0,5/2	0,5
Peur	1,5/2	0,5/2	1
Total	4,5/8	2/8	2,5

Les résultats mettent en exergue l'effet du groupe sur l'identification des émotions. Nous remarquons une différence significative de 2,5 entre le groupe P et le groupe NP, les deux temps confondus. La joie et la peur sont les deux émotions ayant un écart de reconnaissance le plus significatif (écart de 1 point). La colère est reconnue de la même manière par les deux groupes. Les résultats montrent que le groupe NP identifie moins bien les émotions que le groupe P.

Ces résultats vont dans le sens de notre hypothèse qui postulait que le groupe P aurait des meilleurs résultats que le groupe NP, au temps 1 et au temps 2 confondus.

6.1.3. Résultat de H3 : effet d'interaction groupe-temps

Tableau 3

Nombre d'émotions correctement reconnues

Type de groupe	Moyenne des émotions correctement reconnues		
	Temps 1	Temps 2	Différence
Groupe P	4,5/8	5/8	+0,5
Ahmed	6/8	5/8	-1
Ophélie	3/8	5/8	+2
Groupe NP	2/8	3/8	+1
Céline	3/8	3/8	0
Etienne	1/8	3/8	+2
Différence	2,5	2	-0,5

Les résultats ne montrent pas d'effet d'interaction entre l'effet du temps et l'effet du groupe sur l'identification des émotions. Nous notons une différence significative de 2,5 points au temps 1 selon le groupe et de 2 points au temps 2 selon le groupe. Nous observons également une évolution de +0,5 point entre le temps 1 et le temps 2 pour le groupe P et une évolution de +1 point entre le temps 1 et le temps 2 pour le groupe NP.

La différence entre les groupes s'est réduite de 0,5 point avec une évolution plus importante pour le groupe NP comparé au groupe P. Ces résultats ne vont pas dans le sens de notre hypothèse qui supposait une augmentation de l'écart entre le groupe P et le groupe NP avec une meilleure évolution pour le groupe P que pour le groupe NP.

6.2. *Interprétation des résultats*

Afin de mieux comprendre les résultats que nous venons de mettre en lumière, il apparaît important d'étudier de manière qualitative les comportements et les attitudes des participants ainsi que les nôtres durant les deux évaluations. Cette analyse permettra d'extraire des hypothèses concernant les écarts entre les résultats attendus et ceux que nous avons observé. Commençons par étudier les résultats d'Ahmed.

6.2.1. *Ahmed*

Afin de rendre compte des résultats d'Ahmed, détaillons ses réponses au test d'identification des émotions.

Tableau 4

Nombre d'émotions correctement reconnues

Emotions	Temps	
	Temps 1	Temps 2
Joie	1/2	1/2
Colère	2/2	0/2
Tristesse	1/2	2/2
Peur	2/2	2/2
Total	6/8	5/8

Il s'avère qu'au temps 1 (première évaluation), Ahmed répondait rapidement et presque sans aucune hésitation aux différents items du test. Il obtient un score de six réponses justes sur huit, ce qui rend compte, *a priori*, de bonnes capacités de

reconnaissance des émotions. Au temps 2 (deuxième évaluation), Ahmed se montre beaucoup plus hésitant dans ses réponses. Il prend plus de temps pour répondre et indique successivement plusieurs pictogrammes sans réussir à se positionner. Parfois, il donne une réponse sans même avoir regardé la photographie ni le pictogramme. D'autres fois, il indique le pictogramme que nous étions en train de repositionner alors qu'aucune consigne n'était donnée et qu'aucune photographie n'était montrée. Il réalise alors cinq réponses justes sur huit.

Afin de comprendre cette rétrogression et ce changement de comportement, intéressons-nous à différentes hypothèses, en commençant par celles qui nous paraissent les plus évidentes pour ensuite déterminer des hypothèses spécifiques. L'écart entre les résultats et le comportement d'Ahmed au temps 2 comparé au temps 1 pourrait s'expliquer par l'influence environnementale. Or, nous avons évalué Ahmed dans les mêmes conditions expérimentales aux deux temps, c'est-à-dire dans le même lieu, le même jour de la semaine, aux mêmes horaires, dans le même fauteuil électrique et avec les mêmes personnes présentes. Cette hypothèse semble donc peu convaincante. Intéressons-nous plutôt à la potentielle influence de l'état émotionnel d'Ahmed. Il apparaît qu'Ahmed était très souriant et manifestait une certaine volonté et une concentration sensiblement équivalente au temps 1 comme au temps 2. Aussi, il semble difficile d'attribuer ses échecs et la modification de son comportement au temps 2 par une possible fatigue, une diminution de l'état de santé ou une inattention de sa part. Une autre supposition viendrait expliquer le décalage entre les résultats au temps 1 et ceux au temps 2. Il s'agirait d'une possible influence de notre part. Lors de la première évaluation, nous avons fait passer le test à Ahmed en nous concentrant sur les consignes à donner et les réponses attendues. Dans cette posture protocolaire, nous avons probablement orienté notre regard sur les pictogrammes-réponses sans en avoir conscience. Aussi, Ahmed a pu faire preuve d'une forme d'attention conjointe en indiquant l'image que nous observions et ainsi obtenir un excellent score. Au temps 2, notre attitude était différente. La meilleure connaissance du test nous a permis de nous focaliser plus sur le comportement d'Ahmed et moins sur les réponses attendues. Ahmed ne pouvait plus adhérer à nos attentes en s'appuyant sur notre regard pour répondre, ce qui expliquerait le temps de réponse plus long et les nombreuses hésitations de sa part. De plus, au fur et à mesure de l'année, nous avons appris à connaître plus spécifiquement Ahmed dans son fonctionnement global et à

apprécier ses capacités et ses difficultés avec plus de finesse. Aussi, nous avons pu remarquer au temps 2 que les réponses justes qu'il donne semblent davantage être dues au hasard qu'à la compréhension et la reconnaissance émotionnelle des photographies. Cette hypothèse paraît donc être la plus pertinente pour expliquer l'écart entre les résultats au temps 1 et ceux au temps 2. Intéressons-nous maintenant aux résultats d'Ophélie.

6.2.2. Ophélie

Tableau 5

Nombre d'émotions correctement reconnues

Emotions	Temps	
	Temps 1	Temps 2
Joie	1/2	2/2
Colère	0/2	1/2
Tristesse	1/2	1/2
Peur	1/2	1/2
Total	3/8	5/8

Au temps 1, Ophélie obtient trois réponses justes sur huit. Elle semble peu disponible à notre égard, décroche souvent du regard et peut parfois se couper de la relation en fermant les yeux. Il est alors difficile de recentrer Ophélie sur l'évaluation. Au temps 2, elle se montre très volontaire et persévérante. Elle reste concentrée tout au long de l'épreuve et obtient un score de cinq sur huit. A la fin du test, elle montre un certain intérêt pour les pictogrammes et s'en saisit spontanément pour communiquer son émotion et amorcer une conversation à propos d'un sujet délicat : la mort de son père.

Afin de comprendre ces différences de résultats et de comportement, considérons plusieurs hypothèses. D'une part, il s'avère qu'Ophélie présentait un état de santé fragile, notamment à cause d'une infection urinaire et d'un escarre au sacrum. Ces affections ont été source de fatigue et ont pu donc influencer ses performances à la première évaluation. Pour vérifier cette hypothèse, intéressons-nous plus précisément aux différentes réponses qu'elle a pu donner. Au temps 1,

Ophélie répond correctement aux quatre premiers items, avec une erreur sur le premier item, et effectue des erreurs systématiquement à partir de la cinquième image (milieu du test) jusqu'à la fin. Au temps 2, Ophélie répond correctement aux deuxièmes et troisièmes items, effectue deux erreurs d'affilées puis répond correctement à partir du cinquième item jusqu'à la fin. L'erreur effectuée par Ophélie aux deux évaluations sur la première image peut s'expliquer par l'ambiguïté de l'expression faciale. En effet, ce visage masculin, censé exprimer la colère, se rapproche plus de l'expression de dégoût ou de tristesse, cette dernière étant la réponse donnée par Ophélie au temps 1 comme au temps 2. Considérant ce biais, nous estimons que cet item ne peut être interprétable. Au temps 1, les performances d'Ophélie se dégradent au milieu du test et sont associées à une baisse de l'attention, des retraits dans la relation et des décrochages visuels. Il semblerait donc que l'attention d'Ophélie et sa disponibilité aient diminué à partir du milieu du test et jusqu'à la fin. Au temps 2, Ophélie semble moins attentive à deux items au milieu de la passation. En répondant à ces deux items, Ophélie se montre relativement rapide, elle regarde peu les photographies et indique le même pictogramme dans les deux cas sans considérer les autres, alors qu'aux précédents items, ainsi qu'aux suivants, elle prend le temps d'observer la photographie et les pictogrammes avant de donner sa réponse finale. En prenant en compte que ces deux items étaient réussis au temps 1 et le temps de réponse important au temps 2, nous pouvons supposer que les erreurs au temps 2 sont dues à une baisse d'attention à ce moment précis du test. Mais, étant donné qu'Ophélie indique le même pictogramme à ces deux items et qu'il s'agit du même pictogramme que l'item précédent, nous pouvons également supposer que cette erreur est due à une forme de persévération de sa part.

En connaissant mieux Ophélie nous avons pu observer que les erreurs commises au temps 2 étaient plus d'ordre attentionnel avec une forme de persévération qu'à des erreurs de reconnaissance des photographies. Ces dernières semblent avoir été globalement identifiées et reconnues correctement. Il apparaît également que la représentation des émotions par les pictogrammes ait été assimilée et appliquée spontanément comme moyen de communication. Il est donc possible que la différence de résultats entre le temps 1 et le temps 2 soit due à la fatigabilité, aux difficultés d'attention majorées par la douleur éprouvée au moment de la première évaluation ainsi qu'à des formes de persévérations. Par ailleurs, Ophélie semble avoir

intégré la représentation des émotions par les pictogrammes et identifier les émotions d'autrui sur les photographies.

Un autre élément vient compléter l'hypothèse précédente. En effet, nous pouvons expliquer les erreurs effectuées au temps 1 par un certain manque d'investissement de la part d'Ophélie. Le lien thérapeutique entre elle et nous n'était peut-être pas encore suffisamment établi pour qu'elle s'engage avec enthousiasme dans une épreuve de test. Nous avons remarqué au fur et à mesure de l'année qu'Ophélie était sensible aux relations de confiance avec les soignants et avec sa famille et qu'elle favorisait certaines relations à d'autres selon les affinités qu'elle avait créées. Il est donc possible qu'au temps 1 Ophélie n'ait pas investi ces compétences à l'évaluation. D'ailleurs, nous avons observé qu'elle était peu disponible, répondait rapidement aux items et se coupait parfois de la relation en fermant les yeux ou en détournant le regard. Au temps 2, après quatre mois de stage, nous avons pu développer une alliance thérapeutique mais aussi une meilleure compréhension de sa communication infra-verbale (mimique, comportement, posture). Il apparaît que ces deux éléments nous ont permis d'apprécier avec plus de finesse l'attitude et le fonctionnement d'Ophélie et ainsi considérer la performance au temps 2 comme étant le résultat d'un meilleur investissement d'Ophélie lors de l'épreuve, notamment par sa persévérance à certains items, au recrutement attentionnel fourni et à sa participation active dans la relation. D'ailleurs, elle utilise les pictogrammes comme un moyen de communication à la fin de l'épreuve pour engager une conversation, ce qui montre l'installation d'un lien de confiance entre elle et nous. L'évolution d'Ophélie au niveau de sa santé, la mise en place d'un lien de confiance ainsi qu'une amélioration de la compréhension de son mode de communication peut expliquer les meilleurs résultats au temps 2 qu'au temps 1.

Maintenant que nous avons analysé et interprété de manière hypothétique les résultats de notre expérience, nous allons désormais répondre à notre interrogation expérimentale.

6.3. Validation des hypothèses

Les résultats de l'expérience, que nous avons développé précédemment, ne vont pas toujours dans le sens de nos hypothèses opérationnelles. L'écart entre les résultats escomptés et ceux observés relèverait d'une meilleure compréhension à l'égard du fonctionnement des participants et à la présence de biais dans notre protocole d'expérience. Aussi, avant de réfléchir sur nos hypothèses générales, attardons-nous à répertorier les principaux biais et à comprendre leurs impacts sur notre expérience.

7. Les impacts des biais de l'expérience sur l'évaluation

7.1. Impacts des photographies

Le test d'identification des émotions que nous avons mis en place s'inspire du test d'Ekman sur les émotions faciales datant de 1976. Même si l'utilisation de ces photographies est reconnue scientifiquement, étant donné son ancienneté l'utilisation de photographies plus récentes serait plus adaptée. De plus, la plupart d'entre elles ne sont pas représentatives de la véritable émotion ressentie par la personne. C'est ce que le neurologue Guillaume Duchenne a mis en évidence dans ses expériences⁹⁹. Il est le premier à découvrir tous les muscles du visage et comment ils créent des expressions faciales. Il démontre alors une distinction notable entre un vrai sourire, mettant en jeu les muscles de la bouche et ceux des yeux, et un faux sourire, qui n'utilise que les muscles de la bouche. Cette découverte est transposable aux autres émotions faciales. Aussi les photographies proposées par Ekman peuvent ne pas refléter la véritable émotion et donc entraver la perception et la compréhension de celle-ci.

Pour rendre compte de la reconnaissance des émotions, tant sur les photographies que sur les visages, nous avons utilisé des pictogrammes. Cependant, nous avons relevé certains biais à ce sujet. Développons-les plus en détails.

⁹⁹ G. Duchenne, 1862

7.2. Impacts des pictogrammes

L'utilisation des pictogrammes nous a paru, en première intention, être un moyen de représentation de l'émotion relativement simple. En effet, Ophélie a utilisé des pictogrammes comme moyen de communication durant de nombreuses années mais elle ne l'emploie pas actuellement par choix personnel. L'utilisation des pictogrammes semble donc être déjà mise en place chez elle. Ahmed, quant à lui, a accès à quelques mots de la langue des signes. Il nous a donc paru que l'accès à la symbolisation était également possible par cet outil. En connaissance de ces éléments, nous avons permis à Ahmed et Ophélie une courte phase d'apprentissage des pictogrammes que nous avons intégré au protocole de test. Elle permet de vérifier l'intégration de la compréhension du lien entre les émotions et leurs représentations imagées. Il s'est avéré qu'Ahmed éprouvait des difficultés à associer les émotions aux pictogrammes. Il nous a fallu un certain temps pour prendre conscience de ces difficultés puisqu'il manifeste une forme d'adhésion aux propositions qui peut rendre ces attitudes et comportements difficilement attribuables à une bonne compréhension et des capacités cognitives relativement efficaces. Aussi, au fur et à mesure des séances nous avons constaté de réelles difficultés qui se sont confirmées lors de l'évaluation au temps 2. Cette constatation nous a mené à reconsidérer notre protocole d'évaluation et nous avons décomposé le temps d'explication des consignes pour favoriser leur intégration. Afin de vérifier leur compréhension, nous avons modifié la phase de contrôle en demandant à Ahmed de pointer du doigt l'émotion que nous lui énoncions oralement. Il s'avère qu'Ahmed pointait aléatoirement les pictogrammes. Nous avons donc supposé que les questions étaient trop complexes, que les informations présentes étaient trop nombreuses et, de fait, qu'il avait des difficultés à comprendre notre demande. Nous avons donc réduit le nombre d'information en ne lui laissant à disposition qu'un seul pictogramme et en lui proposant une question fermée avec deux choix de réponse possible. De nouveau, Ahmed répondait de manière hasardeuse. Face à ces difficultés, il est possible que le handicap intellectuel d'Ahmed limite ses capacités de compréhension et entrave la passation du test.

Suite à ces résultats, nous pensons qu'il conviendrait de reconsidérer le protocole d'évaluation et la modalité de réponse pour qu'elle soit adaptée à toutes personnes présentant un polyhandicap. Aussi, intéressons-nous aux mécanismes

cognitifs sous-tendant cet aspect du test et ainsi réfléchir sur des perspectives d'évolution du test.

7.3. Impacts cognitifs

Le test mettait en jeu trois modalités de travail cognitif : l'intégration des émotions représentées par les pictogrammes, le traitement des informations provenant de la photographie et l'association entre les deux. Nous avons observé que les participants, en particulier Ahmed, peuvent éprouver des difficultés à intégrer l'émotion représentée par le pictogramme. Cette modalité, ainsi que les deux autres, nécessitent des capacités attentionnelles, de flexibilité mentale et de mémoire de travail importantes. L'évaluation nécessitait donc de comprendre et d'intégrer la signification des pictogrammes mais aussi de percevoir et de traiter l'information provenant de la photographie (l'émotion qui y faisait référence). L'émotion perçue de la photographie devait être retenue en mémoire à court terme puis associée au pictogramme représentant cette émotion. Ces deux éléments mettent à l'épreuve la mémoire à court terme et la flexibilité mentale dues à la nécessité du traitement de deux informations visuelles. De plus, la consigne donnée oralement ajoute un traitement informatif d'ordre auditif. Dans les cas de polyhandicap, il peut s'avérer difficile de faire correspondre le travail de synthèse perceptif à l'association d'autres éléments. Pour exemple, Ahmed a éprouvé des difficultés à faire correspondre les deux modalités du test que sont la perception de l'émotion sur la photographie et la représentation de cette émotion sur le pictogramme. Cela se manifestait par des difficultés dans l'aller-retour visuel entre les photographies présentées à la verticale et les pictogrammes présentés à l'horizontal. Ahmed pouvait répondre sans même regarder la photographie et parfois pointait du doigt le pictogramme sans même le regarder.

L'étude de ce biais a mis en évidence les difficultés de trouver un mode de réponse adapté à toute personnes en situation de polyhandicap. Pour les deux participants à notre atelier, cela peut prendre la forme de problématiques liées au polyhandicap et aussi à des problématiques intra-personnelles. Cela nous amène à nous interroger sur les capacités des participants durant la passation du test.

7.4. Impacts des participants

Nous avons observé tout au long de notre stage que les capacités des participants étaient fluctuantes selon leur disponibilité, leur état émotionnel du moment, les événements, la fatigue ou même la présence de certaines personnes. Ophélie, par exemple, présentait un état de santé fragile à la première évaluation, ce qui ne nous a pas permis d'évaluer correctement ses compétences. Ce constat nous amène à considérer les conditions d'expériences, notamment en termes de nombre de participants. Avec quatre participants, dont deux suivant la prise en soin en psychomotricité, il semble difficile d'attribuer aux résultats une corrélation statistique fiable. En effet, les problématiques intra-personnelles comme l'état de santé, la personnalité ou la culture viennent entraver la fiabilité d'un test. En choisissant des individus ayant sensiblement les mêmes caractéristiques, nous avons tenté de réduire ces biais. Considérons que plus le nombre de participants est élevé, plus l'expérience est valide, fidèle et fiable¹⁰⁰. Il serait donc intéressant de proposer une expérience du même acabit à plus grande échelle afin de rendre compte, avec plus d'exactitude, des résultats obtenus et d'éliminer au maximum les biais intra-individuels.

7.5. Impacts de la relation participants-expérimentateurs

Notre propre évolution dans la capacité à connaître les patients et à observer les participants rend compte d'une certaine difficulté à évaluer de manière juste les capacités des participants dans les premiers temps de la rencontre. En effet, considérant les résultats d'Ahmed, il apparaît que la deuxième évaluation est plus représentative de ses compétences. Nous avons pu déterminer avec précision les manifestations qui nous paraissaient aberrantes et adapter notre test pour mieux rendre compte de ses capacités. Ophélie, quant à elle, s'est beaucoup plus investie au temps 2 car nous avons pu créer une alliance thérapeutique qui lui permettait d'être plus disponible à l'évaluation. La connaissance et l'établissement d'un lien de confiance contribue à la meilleure analyse du comportement de la personne. Comme le spécifie Régine Scelles et Geneviève Petitpierre, psychologues, les observations les plus fidèles concernant les personnes polyhandicapées sont celles des proches de la personne¹⁰¹. Lors de la première rencontre avec une personne en situation de

¹⁰⁰ M. Couture, 2010

¹⁰¹ R. Scelles et G. Petitpierre, 2013

polyhandicap, ces auteurs jugent nécessaire d'être en présence d'un proche ou d'une personne connaissant l'individu évalué afin d'apprécier au mieux ses capacités. Ils mettent ainsi en évidence la complexité des problématiques que peuvent rencontrer ces personnes associées à leurs personnalités, leurs habitudes de vies, leurs cultures, leurs caractères ou leurs humeurs. Au travers de notre étude, nous avons pu observer ce postulat, notamment dans l'interprétation de nos résultats. Il semble donc nécessaire de considérer ce biais afin de proposer un test, certes adapté aux problématiques des personnes polyhandicapées, et également adapté au moment de la passation du test et aux personnes présentes lors du test. Au fur et à mesure de l'année nous avons pu affiner nos observations et mieux connaître les participants, notamment depuis que nous avons eu l'occasion de les accompagner durant une semaine entière à différents moments de la journée. Nous constatons donc que malgré un mois de préparation pour rencontrer les participants, ce temps ne semble pas suffisant. Il apparaît qu'une étude de ce type nécessiterait davantage de temps pour considérer ces différents aspects.

8. Conclusion

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'apport de la prise en soin en psychomotricité dans la reconnaissance des émotions de base (joie, colère, tristesse, peur) en comparant les résultats d'un groupe d'adultes en situation de polyhandicap bénéficiant d'une séance de psychomotricité une fois par semaine axée sur le travail de régulation émotionnelle à ceux d'un groupe d'adultes en situation de polyhandicap ne bénéficiant pas de ces séances. Considérant les résultats statistiques à cette expérience ainsi que ces différents biais, nous pouvons désormais étayer notre réflexion sur l'apport de la psychomotricité dans la régulation émotionnelle.

III. Discussion

Au début de notre réflexion nous nous sommes demandées comment la prise en soin en psychomotricité peut-elle jouer un rôle dans l'étayage des capacités de régulation émotionnelle chez des adultes en situation de polyhandicap ? En prenant appui sur des bases théoriques, nous avons déterminé que la capacité à réguler une émotion se base sur la capacité à l'identifier et à la mémoriser. Nous avons alors supposé que nous pouvions améliorer la capacité d'identification émotionnelle en guidant la mise en sens de stimulations à connotation émotionnelle dans le cadre d'un dispositif groupal utilisant la médiation conte. En effet, nous avons constaté que l'intégration du vécu, en particulier l'expression d'une émotion, soutient son identification. Nous estimons donc que l'expression émotionnelle d'une personne influence sa faculté d'identification émotionnelle.

Afin de vérifier ces hypothèses, attardons-nous, dans un premier temps, à mettre en évidence une corrélation entre l'identification des émotions et l'expression faciale.

1. L'influence de l'expression émotionnelle sur d'identification des émotions

Pour commencer, intéressons-nous à l'expression émotionnelle d'Ahmed et Ophélie dans la vie quotidienne au travers des quatre émotions étudiées : la joie, la colère, la tristesse et la peur.

1.1. Observations cliniques

De manière générale, Ahmed est très expansif, il exprime sa joie par un large sourire, des éclats de rire et une forme d'extraversion en sollicitant autrui par le regard, les signes ou le toucher. Ce comportement jovial contraste avec la présence d'excès de colère impulsifs dans des contextes émotionnels important comme la frustration ou le désaccord. Il peut devenir agressif envers le personnel et les autres résidents, il se referme sur lui-même et peut passer plusieurs jours ne souhaitant voir ni parler à personne. D'ailleurs, il suit un traitement médicamenteux quotidiennement pour réduire son agressivité. Le vécu émotionnel d'Ahmed semble s'imprégner dans tout

son être. Il se manifeste au niveau corporel par un recrutement tonique important, une crispation au niveau facial et une agitation motrice. Cette émotion induit au niveau comportemental une forme de repli sur soi et une fermeture à la relation. Cet état émotionnel peut persister sur plusieurs jours. La colère peut alors être ravivée à la moindre contrariété. Il s'apaise progressivement pour retrouver son état initial de jovialité. Les émotions de peur ou de surprise sont, en revanche, plus difficile à déceler du point de vue clinique. En effet, il est difficile d'attribuer une émotion spécifique à la réaction d'Ahmed face aux bruits soudains par exemple. Si nous considérons cette action comme une manifestation de surprise, ce qui semble le plus approprié à la situation, Ahmed se tourne vers la source stimulante et se fige dans une posture, les yeux et la bouche ouverts.

Ahmed présente donc une fluctuation thymique marquée par l'oscillation entre des comportements de joie et des phases, plus ou moins longues, de colère. Les rapports qu'il entretient pendant ces périodes de mécontentement sont alors soumis à de l'agressivité. Il s'isole alors, et ne se rend pas disponible à la relation. En revanche, dans ses moments de joie, Ahmed est fortement ancré dans la relation. Il sollicite les autres avec enthousiasme par le regard, le toucher ou par signes.

Comme Ahmed, Ophélie exprime à travers l'ensemble de son corps les émotions qu'elle ressent. Lorsqu'elle éprouve un sentiment de joie, elle l'exprime de manière intense en s'esclaffant. Elle laisse alors échapper un long cri strident, ses yeux se plissent et elle manifeste un large sourire. Durant ces instants, elle est disponible à la relation et suit du regard son interlocuteur avec véhémence. La peur se rapporte plutôt, dans le cas d'Ophélie, à une forte anxiété. Elle peut alors se montrer très réfractaire à la relation ou au contraire la solliciter. Dans le premier cas, elle répète distinctement «non», fronce les sourcils et se crispe dans l'ensemble de son corps. Dans le deuxième cas, elle accroche du regard son interlocuteur et guide celui-ci dans la verbalisation de son inquiétude par des mouvements oculaires ainsi que par des réactions verbales, faciales et toniques. Durant ces moments, elle peut évoquer la mort de son père et sa crainte de perdre sa mère également. Lors de situations pouvant provoquer de la tristesse ou de la compassion, elle se montre particulièrement attristée et communique son émotion. Par exemple, lorsque nous parlons du décès d'un parent d'un résident, Ophélie se montre particulièrement

affectée par la situation de l'autre et sollicite les soignants à proximité par le regard et quelques vocalises. Elle abaisse alors le coin extérieur de ces sourcils, la commissure de ses lèvres s'abaisse également et elle indique successivement du regard le soignant et la personne concernée par le décès. En revanche, les émotions de colère sont plus difficiles à déceler chez Ophélie qui manifeste plutôt des comportements d'angoisse ou de repli face à des situations qui pourraient provoquer ces émotions. Elle peut alors présenter une forme d'opposition passive en se repliant de la relation, en détournant le regard ou en fermant les yeux par exemple. A d'autres moments, elle peut présenter un comportement d'opposition active en manifestant son mécontentement par la répétition de «non», comme pour la peur, tout en se crispant. Néanmoins, elle semble être souvent dans un état émotionnel d'impartialité qui se traduit notamment avec un plafonnement du regard, une fermeture à la relation en fermant les yeux, une neutralité dans le regard et une pauvreté des mimiques faciales.

Ophélie présente donc une expression émotionnelle prédominante neutre entrecoupée de fluctuations thymiques relativement intenses. En effet, le passage d'un état à l'autre est soudain, brusque. En effet, elle alterne le long de la journée entre des états de joie et d'anxiété. Et, elle montre également de la tristesse en lien avec certains événements. Seule la colère est difficilement décelable dans son expression émotionnelle. De manière générale, Ophélie semble avoir besoin de communiquer son émotion pour la réguler. Cette stratégie de régulation émotionnelle correspond au partage social de l'émotion développé précédemment¹⁰². Cependant, lorsqu'elle manifeste des états d'opposition, d'anxiété et d'impartialité par des persévérations motrices et verbales, celles-ci la paralysent dans ces états émotionnels qui sont alors difficiles à apaiser.

Afin de compléter nos observations cliniques et l'évaluation décrite dans la partie expérience de notre mémoire, nous avons adapté le test de motricité faciale de Kwint à nos deux participants. Commençons par décrire succinctement ce test avant de présenter les résultats obtenus.

¹⁰² Cf. *supra* p.28

1.2. Adaptation du test de motricité faciale de Kwint

Ce test évalue la commande motrice faciale au niveau de la sphère oro-buccale* et visuelle. Il est constitué de trente items répartis en deux catégories : les mouvements symétriques et asymétriques. Le participant réalise, sur démonstration du thérapeute, les mouvements évalués et peut éventuellement s'aider d'un miroir. Nous avons ciblé les épreuves du Kwint sur les mouvements symétriques et les parties du visage sollicitées dans les émotions de base à savoir : les yeux, les sourcils, les joues et la bouche. Nous réalisons les items qui nous paraissent les plus pertinents : position des lèvres comme pour siffler, gonfler les joues, cligner des deux yeux, relever les coins de la bouche, lever les sourcils, froncer les sourcils, abaisser les coins de la bouche. Nous leur avons demandé d'associer une émotion aux items : relever les coins de la bouche (joie), lever les sourcils (peur), froncer les sourcils (colère) et abaisser les coins de la bouche (tristesse). Ces quatre émotions étant celles que nous avons évalué dans notre test et que nous avons travaillé tout au long de l'année. Cette épreuve permet au participant de s'intéresser à l'expression faciale de son interlocuteur, personne qu'il connaît et avec qui il a travaillé. L'expérience vécue par Ahmed et Ophélie auprès de nous a permis d'engrammer au niveau mnésique des informations nous concernant dans des contextes émotionnels particuliers. Intéressons-nous à présent aux résultats du Kwint à partir du tableau de résultat.

Tableau 6
Nombres d'émotion reconnues sur visage

Type de groupe	Type d'émotion				Total
	Joie	Colère	Tristesse	Peur	
Groupe P	1/2	1/2	1/2	1/2	4/8
Ahmed	0/1	1/1	0/1	0/1	1/4
Ophélie	1/1	0/1	1/1	1/1	3/4
Groupe NP	0/2	1/2	1/2	0/2	2/8
Céline	0/1	0/1	0/1	0/1	0/4
Etienne	0/1	1/1	1/1	0/1	2/4
Total	1/4	2/4	2/4	1/4	6/16

Les résultats mettent évidence de meilleurs scores pour le groupe P que pour le groupe NP. Ces résultats peuvent s'expliquer par le travail effectué en psychomotricité tout au long de l'année sur les émotions auprès du groupe P comparé au groupe NP. Intéressons-nous plus en détails aux différentes émotions reconnues par le groupe P et émettons quelques hypothèses à ce sujet.

1.3. *Interprétation des résultats*

De manière générale Ahmed montre des difficultés à reproduire sur démonstrations les différents items. Il amorce les mouvements mais ne les réalise pas dans leur totalité et le miroir n'aide pas à la réalisation du mouvement. Il reconnaît uniquement l'émotion colère. En nous rapprochant de nos observations cliniques, nous constatons qu'Ahmed présente une forte labilité émotionnelle. Il s'avère que les sentiments de joie et de colère sont les plus significatifs dans la vie quotidienne. Il semblerait alors évident qu'Ahmed reconnaisse la joie et la colère plus que la peur ou la tristesse, celles-ci étant moins prégnantes au quotidien. Nous nous sommes donc demandées pourquoi Ahmed reconnaissait uniquement la colère aux épreuves de motricité faciale de Kwint. En nous intéressant de plus près à ces phases de joie et de colère au sein de l'institution nous nous sommes rendues compte que la joie était exprimée de diverses manières. D'une part, Ahmed est très souriant de manière générale, aussi nous pouvons considérer cet état émotionnel comme un état de base. Les moments de joie intense sont également présents. Ces moments interviennent chez Ahmed lors de situations particulières comme lorsqu'il regarde une scène de film au cinéma, qu'il écoute une musique qui lui plaît ou qu'il gagne un jeu. Il s'esclaffe alors, s'agite sur son fauteuil et lève les bras aussi haut qu'il le peut pour signer le mot «bravo». Ces moments de joie sont donc intenses et brefs. En revanche, les moments de colère sont plus diffus. En effet, lorsqu'une situation le contrarie ou qu'il entre en altercation avec quelqu'un, Ahmed s'installe dans une phase de colère et d'opposition pouvant durer plusieurs jours à plusieurs semaines avant de s'apaiser progressivement. L'événement déclencheur de ces phases de colère peut être une contrariété par rapport à une personne s'étendant par la suite aux autres personnes de l'institution. Nous notons que l'ampleur de l'état émotionnel d'Ahmed est parfois peu cohérente avec la gravité de la situation, celle-ci pouvant être anodine. Nous supposons qu'Ahmed accumule un mécontentement à l'égard des situations et des

personnes qui le contraire. Il arrive alors que le cumul de ces tourments le sature, provoquant ainsi un débordement affectif qui s'évacue corporellement jusqu'à retrouver un état émotionnel stable et serein. Une hypothèse complémentaire pourrait expliquer les résultats aux épreuves de Kwint. Ahmed peut garder en mémoire les traces d'un désagrément et le réévaluer constamment, ce qui expliquerait la persistance de son état de colère pendant plusieurs jours. L'isolement serait donc la stratégie de régulation émotionnelle privilégiée spontanément par Ahmed. Le sentiment de colère pourrait alors laisser une trace mnésique prégnante et serait donc plus aisément reconnu en rapport à la joie qui survient brusquement et s'apaise aussitôt.

Ophélie, quant à elle, reconnaît trois émotions sur quatre : la joie, la peur et la tristesse. En analysant, parallèlement, nos observations cliniques, nous constatons qu'Ophélie exprime de manière manifeste ces trois émotions. Elle peut également y apporter des nuances, notamment dans une déclinaison de sentiment d'inquiétude, de surprise, de perplexité ou d'anxiété. Ces émotions vécues au quotidien semblent donc plus facilement interprétables. Concernant la colère, Ophélie semble éprouver des difficultés à analyser cette émotion, elle la confond avec la peur. Au quotidien, Ophélie éprouve également des difficultés à exprimer sa colère, elle a tendance à manifester une forme d'opposition passive ou active se rapprochant d'une expression d'indifférence ou d'anxiété. Aussi, les difficultés de reconnaissance de cette émotion peuvent être expliquées par la limitation expressive de cet affect. Au quotidien, Ophélie passe soudainement d'un état émotionnel à un autre, bien qu'elle présente certaines formes de persévérations la maintenant dans un état émotionnel. Pour réguler ses émotions, Ophélie semble privilégier le partage des émotions. Elle sollicite régulièrement les soignants, évoque de manière répétitive les événements qui l'inquiètent, la tourmentent et l'exaspèrent. Elle montre ainsi ce besoin de communiquer ses émotions à autrui pour que ceux-ci puissent l'apaiser en interagissant avec elle.

Les résultats aux tests du Kwint associés à nos observations cliniques mettent donc en évidence que les émotions davantage exprimées dans le quotidien sont reconnues plus facilement. Il y a donc une corrélation positive entre l'expression des émotions personnelles et l'identification de l'expression faciale de ces émotions sur

autrui. Notre expérience vise l'amélioration de cette capacité et plus largement les compétences d'identification et de régulation des émotions. Intéressons-nous à présent aux outils psychomoteurs employés.

2. Les outils thérapeutiques de la psychomotricité au service des compétences émotionnelles

Nous avons supposé qu'un travail en groupe de conscience corporelle, de stimulations motrices et sensorielles ainsi que la mise en sens des éprouvés corporels favorisent l'identification des émotions. Pour cela nous avons utilisé une médiation conte. Attardons-nous sur l'apport de ces différents éléments psychomoteurs dans l'amélioration de la reconnaissance des émotions, en commençant par la création du dispositif groupal ainsi qu'à ses modalités d'interaction.

2.1. Le dispositif groupal

Le groupe est un lieu de rencontre dans lequel émergent des émotions et des pensées communes. Il stimule directement les capacités sous-jacentes à la relation, notamment le partage social des émotions et leur identification chez autrui. Ainsi, une prise en soin groupale permet un étayage par les pairs, notamment par ce que Pierre Privat, pédopsychiatre, et Dominique Quélin-Souligoux, psychologue, appellent l'effet miroir¹⁰³. Celui-ci se manifeste par le reflet d'aspects personnels que chaque participant offre aux autres, en particulier dans leurs expressions émotionnelles et leurs comportements. La prise de conscience de l'état émotionnel associé est favorisée par cette propriété. De plus, si nous nous référons à Wilfried Bion, psychiatre, un travail basé sur l'expérience émotionnelle est indissociable d'une relation¹⁰⁴. Nous pouvons alors considérer le dispositif groupal comme un outil important au service de nos objectifs thérapeutiques. Il est donc primordial d'axer le début de nos prises en soi sur la construction de son entité, en particulier l'établissement d'un lien thérapeutique solide et la qualité des interactions entre ses membres. Détaillons les moyens que nous avons utilisés afin d'instaurer la dynamique de groupe nécessaire à notre atelier psychomoteur.

¹⁰³ P. Privat et D. Quélin-Souligoux, 2005

¹⁰⁴ W. Bion, 1962

En prenant en considération ces éléments et en nous référant au développement de l'enfant, nous avons estimé préférable de privilégier des relations duelles entre un intervenant et un participant au début de notre stage. En effet, le nourrisson commence par construire son unité sensorielle, motrice et psychique dans une dyade mère-enfant¹⁰⁵. Ce début de construction est essentiel pour que le bébé puisse s'ouvrir à une troisième dimension relationnelle avec l'intervention du père, aux alentours du sixième mois. Ainsi, il peut poursuivre son développement psychomoteur en interaction avec la dyade primaire et la personne faisant fonction de tiers pour élargir progressivement son espace social¹⁰⁶. Bien que nous n'agissions pas en tant qu'agent maternel et maternant, nous avons souhaité suivre ce modèle pour établir les premiers liens thérapeutiques entre Ahmed et Ophélie, qui ont, d'ailleurs, peu l'occasion d'effectuer des activités ou des sorties ensemble. De plus, ils sont habitués à entretenir des relations duelles avec un membre du personnel dans de nombreux moments de leur vie quotidienne comme pendant les soins ou les temps de repas. Il apparaissait donc nécessaire d'étayer progressivement la dynamique de groupe. Suite à ce travail, nous avons pu introduire et consolider une intersubjectivité entre les participants. Les interactions entre les différents membres d'un groupe créent ce que René Kaës, psychanalyste, nomme un «appareil psychique groupal»¹⁰⁷. Cet appareil constitue une entité en soi qui favorise l'émergence de phénomènes spécifiques à la modalité de groupe et contribue à la co-construction de l'identité propre à chaque individu. Ce phénomène apparaît important dans notre démarche thérapeutique pour faire émerger un partage émotionnel. De fait, il nous a paru pertinent d'axer la première partie de prise en soin sur le vécu individuel des stimulations avant de donner plus d'importance par la suite à l'intégration dans l'interaction avec autrui. Cette deuxième partie de prise en soin complète la première par l'intégration d'un vécu partagé et la représentation du vécu de l'autre. En effet selon Lane et Schwartz, il faut d'abord être capable d'identifier ses propres émotions avant de pouvoir les réguler et reconnaître celles des autres¹⁰⁸. Décrivons maintenant l'application clinique de notre réflexion.

¹⁰⁵ D. Winnicott, 1969 ; D. Stern, 1977 ; D. Stern, 2003

¹⁰⁶ S. Robert-Ouvray, 1997

¹⁰⁷ R. Kaës, 1993

¹⁰⁸ D. Nélis, 2010a

Lors du premier conte sur la joie, Ophélie présentait un état de santé fragile avec notamment un escarre au sacrum, de fortes douleurs et une fatigue importante. Nous avons donc effectué les premières séances sur la joie séparément en découpant le temps de séance en deux : une séance pour Ahmed et une séance pour Ophélie. Nous avons donc privilégié une relation tiers plutôt qu'une relation duelle. Ce changement de modalité imprévu nous a néanmoins d'établir un lien thérapeutique entre chaque participant et nous et de faire davantage connaissance avec eux. Ophélie et Ahmed ont pu participer à leur première séance commune lors du deuxième conte sur la peur. Les interactions entre eux étaient relativement pauvres, et nous avons décidé de privilégier une relation duelle participant-intervenant, comme convenu au départ, tout en proposant quelques échanges. Progressivement, nous avons réduit les temps en duel pour favoriser la relation entre les participants. Par exemple, nous avons accompagné Ophélie dans l'action de taper avec un bâton sur une cymbale tenue par Ahmed ou à Ahmed de reproduire la structure rythmique qu'Ophélie effectuait avec notre aide. Par ces jeux s'est mis en place une attention conjointe, des regards orientés vers l'autre et des sourires, en particulier de la part d'Ophélie. Ahmed, quant à lui, n'engageait pas spontanément la relation avec Ophélie mais répondait à ses sollicitations avec enthousiasme. Ce type d'interaction a été très investi par les participants pendant plusieurs séances et nous les avons accompagnés dans cette démarche pour renforcer la création du lien. Parfois, nous remarquons une baisse d'interaction entre les participants, notamment lorsqu'Ophélie était douloureuse. Elle se recentrait alors sur elle et se coupait de la relation en fermant les yeux. Nous avons donc adapté notre accompagnement à des temps plus calme, avec moins de stimulations et en relation duelle. D'autres fois, Ophélie étant douloureuse et fatiguée, ne participait pas à la séance. Nous revenions alors sur une relation tiers, comme au début de notre stage. Durant ces moments de déclin relationnel, Ahmed acceptait volontiers de revenir sur un mode de relation duel ou tiers et semblait impassible à l'absence d'Ophélie. Dès le conte sur la colère, Ophélie se trouvait en meilleure santé, elle semblait moins fatiguée et moins douloureuse. Nous constatons alors des interactions plus spontanées entre elle et Ahmed. Ce dernier tentait de donner ou de lancer le ballon à Ophélie sans étayage de notre part. Elle lui répondait avec enthousiasme par des échanges de regard, des sourires et des rires. Nous avons observé ces échanges pendant plusieurs séances. Lors de la dernière séance sur la

colère, nous avons proposé à Ahmed de faire rouler la balle à picots sur le bras d'Ophélie. Il s'est saisi de cette proposition et s'est appliqué à le faire. Il semblait alors relativement attentif à ses gestes et regardait Ophélie en souriant. Enfin, lorsque nous avons débuté les séances sur la tristesse, Ahmed semblait particulièrement attentif à la présence et à l'absence d'Ophélie. Lors d'une séance, Ophélie est arrivée avec beaucoup de retard et Ahmed nous a signalé son absence en pointant de sa main gauche le tapis où Ophélie prend place habituellement. Il haussait alors les sourcils et entre-ouvrait sa bouche d'un air préoccupé. Puis, il nous faisait signe d'aller la chercher. La fois suivante, Ophélie était absente. Nous informions Ahmed de cette nouvelle au début de la prise en soin. Pourtant, il nous signalait l'absence d'Ophélie à nombreuses reprises durant la séance.

Il apparaît que la présence de chaque membre du groupe est progressivement devenue importante pour chacun. Cela montre qu'une entité groupale solide s'est constituée. Cette évolution est en lien avec l'évolution de la relation entre Ahmed et Ophélie vers des interactions spontanées. Ainsi, nous avons enrichi graduellement l'intégration subjective des stimulations par l'intersubjectivité. L'enveloppe groupale sécurisante et contenant a permis à Ahmed et Ophélie de vivre et assimiler des expériences sensorielles et motrices faisant écho à des résonances émotionnelles dans une dynamique de partage et de mise en sens. Attachons-nous maintenant à décrire l'intérêt et l'évolution des différentes composantes de nos séances, en débutant par le temps de conscience corporelle.

2.2. *La conscience corporelle*

Le projet thérapeutique que nous avons développé s'axe, dans un premier temps, sur la conscience corporelle. Pour cela, nous proposons des stimulations sensorielles (auditives, tactiles, visuelles, olfactives), des stimulations basales (stimulations somatiques, vestibulaires et vibratoires) ainsi que des mobilisations activo-passives. Retenons que les stimulations somatiques concernent le système de la peau et des muscles, il s'agit par exemple d'enveloppement ou d'empaument le long du corps, en termes de toucher thérapeutique. Les stimulations vibratoires concernent le système osseux, il s'agit par exemple de percussions corporelles ou instrumentales. Enfin, les stimulations vestibulaires concernent le système

vestibulaire, il s'agit par exemple de la mise en mouvement, des équilibres, des changements de positions etc... Nous associons ces stimulations à des sons ou des mots afin de favoriser la redondance sensorielle pour l'intégration psychique de la représentation corporelle. Considérons les réactions et l'évolution des participants face à ces propositions.

En première moitié d'année, lors des contes sur la joie et la peur, nous nous attachions à verbaliser chaque partie du corps stimulée durant ce temps de conscience corporelle afin d'enrichir le schéma corporel. Mais, nous avons remarqué qu'il était difficile pour Ahmed et Ophélie d'être attentifs à la fois aux stimulations corporelles et aux informations orales que nous proposons. Ahmed nous sollicitait régulièrement, poussait des cris de joie et s'agitait par moment. Ophélie, quant à elle, semblait envahie d'anticipation anxieuse, son regard décrochait régulièrement, elle semblait inquiète et observait régulièrement le paysage par la fenêtre, fixait la porte du couloir ou se coupait de la relation en fermant les yeux. Aussi, nous avons jugé pertinent d'associer aux stimulations corporelles des sons et des bruitages, notamment lors du conte sur la colère. Si nous considérons ce moment comme un temps de relaxation, au regard de Marc Guiose, psychomotricien, la relaxation établit une concentration sur un canal sensoriel ou des stimuli particuliers, ce qui renforce les perceptions du corps. L'émergence d'images provient d'une association entre une sensation et une autre¹⁰⁹. Il apparaît alors que l'interaction entre les empaumements et les bruitages que nous produisons favorise une évocation émotionnelle. Ahmed semble d'ailleurs particulièrement sensible à ce phénomène d'association. Il est calme, paraît attentif et suit du regard les mains qui se posent le long de son corps. Ophélie, quant à elle, reste peu disponible aux stimulations malgré l'association du bruitage. Ahmed semble donc particulièrement réceptif à la redondance sensorielle. En nous intéressant aux travaux d'André Bullinger, psychologue, sur la sensorimotricité, l'inter-relation entre les différents sens d'un individu favorise l'intégration psychique d'un phénomène¹¹⁰. Dans le cas actuel, Ahmed peut porter attention à l'association de plusieurs flux, favorisant ainsi la mise en sens d'une émotion, en l'occurrence la joie, notamment grâce à l'association du sens auditif et tactile.

¹⁰⁹ M. Guiose, 2007

¹¹⁰ A. Bullinger, 2004

Aussi, nous avons souhaité apporté un autre média émotionnel pour ce temps de conscience corporelle. Nous avons donc utilisé un support musical pour favoriser ce travail d'association des sensations. En effet, Didier Anzieu, psychanalyste, met en évidence que les sons, les bruits, la voix, la musique, étayent l'individu depuis la période pré-natale à se construire une enveloppe, c'est-à-dire à différencier le soi du non-soi, l'intérieur de l'extérieur. Il parle alors de «miroir sonore» pour décrire le phénomène d'interaction sensorielle entre les sons produits par le bébé et la réponse sonore de la mère¹¹¹. Ainsi, les sons favorisent l'intégration du moi corporel, donc de l'identité. A l'instar des travaux de Didier Anzieu, il apparaît que la musique constitue une enveloppe sonore spécifique, au sens où elle intègre, entre autres, des caractéristiques rythmiques et mélodiques. D'après Hervé Platel, neuropsychologue, et Sébastien Bohler, journaliste, les sons musicaux sont perçus cognitivement et associés à des émotions de manière inconsciente, ce qui provoque une résonance émotionnelle à l'écoute de certaines formes musicales¹¹². L'intérêt de proposer une musique pour étayer un temps de conscience corporelle prend tout son sens dans le cas de notre étude, où nous souhaitons faire émerger des émotions corporellement et les intégrer psychiquement. Les bénéfices thérapeutiques de la musique¹¹³, démontrés par Delphine Dellacherie et Séverine Samson, psychologues, apparaissent alors évidents pour Ahmed et Ophélie. En effet, pour le conte sur la tristesse, nous avons choisi d'utiliser des musiques à résonnance triste. Ahmed se montre particulièrement relâché durant ces séances et nous constatons qu'il se recentre régulièrement sur lui, notamment en abaissant le regard et limitant les interactions avec autrui. Nous conduisons les pressions le long du corps avec une force et une lenteur en cohérence avec le rythme de la musique choisie. Ophélie, quant à elle, s'intéresse à Ahmed et l'observe en silence durant une grande partie du temps de conscience corporelle. Ces comportements reflètent une certaine adhésion à la musique et une expression corporelle en lien avec l'émotion musicale. La musique semble donc créer une enveloppe sonore¹¹⁴ qui permet de ressentir et de s'imprégner de la tonalité émotionnelle de la musique¹¹⁵.

¹¹¹ D. Anzieu, 1976

¹¹² S. Bohler et H. Platel 205

¹¹³ D. Dellacherie et S. Samson, 2014

¹¹⁴ D. Anzieu, 1985

¹¹⁵ D. Dellacherie et S. Samson, 2014

Ce temps de conscience corporelle est un moment de stimulation corporelle associé à un recentrage psychique sur soi que nous cherchons à étayer par une résonance émotionnelle. C'est un temps de transition entre le contage et la reprise du conte qui permet de relâcher l'attention et préparer la mise en mouvement du corps. En effet, après avoir effectué le temps de conscience corporelle, nous proposons un temps de reprise du conte en amenant différentes stimulations sensorielles et motrices. Attardons-nous sur ces éléments.

2.3. *Les stimulations motrices et sensorielles*

Lors du temps de reprise du conte, nous contextualisons chaque stimulation avec un élément du conte afin de lier le vécu corporel et la représentation mentale de celui-ci. Dans un premier temps, nous proposons d'explorer un ou plusieurs objets (balles, instruments de musique, tissus...). Nous interagissons avec Ahmed et Ophélie en fonction des expériences spontanées pour amener progressivement un jeu en lien avec l'émotion travaillée. Afin de reconnaître les émotions il semble nécessaire de les intégrer psychiquement. Pour cela, il apparaît important d'expérimenter corporellement les émotions. Chaque expérience est connotée émotionnellement, c'est ce qui permet d'ancrer une trace symbolique et de généraliser une expérience à plusieurs situations similaires mais non identiques¹¹⁶. Notre façon d'élaborer et de proposer les stimulations pendant le temps de reprise du conte a évolué au fil des séances. Nous avons réduit le nombre de stimulations apportées dans une séance pour éviter la sur-stimulation. Cela nous a permis de mieux développer une à trois stimulations par séance et ainsi favoriser une meilleure intégration qu'en début d'année. Par cette organisation de séance, nous soutenons l'élaboration et l'intégration subjective de liens entre sensations, affects, émotions et plus largement représentations. Nous avons donc axé nos propositions sur ce postulat en fonction de chaque thématique.

Pour le conte portant sur la joie, nous proposons d'explorer des tissus de différentes couleurs et de différentes textures. Ahmed observe avec attention les différentes stimulations et apprécie particulièrement le passage des tissus sur son corps et son visage. Il rigole lorsque l'objet le frôle et agite sa main gauche en signe

¹¹⁶ J. Piaget, 1966 ; E. Eustache, 2016

d'expression de joie. Ophélie, quant à elle, semble ne pas investir ce temps d'exploration, elle détourne la tête et fixe le plafond d'un air placide. Alors que nous tentons de comprendre son désintérêt, Ophélie montre soudain un attrait pour un tissu portant une odeur parfumée. Elle se tourne alors vers nous et indique successivement le tissu et nous, comme pour nous signifier une interrogation. Nous lui demandons donc si elle souhaite sentir de nouveau le tissu. Elle opine alors du chef et nous lui proposons de nouveau le tissu. Elle se montre alors particulièrement attentive à la stimulation, notamment en suivant du regard l'objet tout en sentant l'odeur imprégnée. Ce moment semble avoir été le premier instant où nous avons pu entrer en relation avec elle. Il a ainsi déterminé les bases de la relation thérapeutique. De son côté, Ahmed semble avoir été également réceptif aux stimulations olfactives. Il sent le tissu avec attention et désire le sentir de nouveau. Cet attrait pour le parfum floral, tant pour Ophélie que Ahmed, pourrait être expliqué par une réminiscence. L'odeur sur le tissu évoquerait alors un potentiel souvenir positif d'événements passés et personnellement vécus. En effet, l'odeur est généralement associée à d'autres sensations ou à d'autres contextes. Par cette association, lorsqu'une personne sent une odeur familière, elle ravive les sensations et les émotions qui y sont liées¹¹⁷. La demande de sentir à nouveau rend potentiellement compte d'une association à un souvenir agréable. Pourtant, la reviviscence d'une odeur mettant en jeu un souvenir commun semble, *a priori*, peu probable. Aussi, nous avons émis l'hypothèse que l'intérêt porté par cette odeur pourrait être un attrait pour la nouveauté. En effet, nous sommes d'autant plus attentifs à un stimulus qu'il est rare ou pertinent¹¹⁸. C'est ce qu'Eléonore Gibson, psychologue, a décrit dans ses nombreux travaux sur les phénomènes d'habituation¹¹⁹. De plus, l'environnement dans lequel vivent les résidents est imprégné d'une odeur particulière créant ainsi une enveloppe olfactive spécifique¹²⁰. En immiscent dans leur environnement une odeur peu commune, nous avons pu créer une forme d'intérêt mêlée à la séduction d'une découverte olfactive, provoquant ainsi une réaction à la nouveauté¹²¹. Cet attrait pour la nouveauté mettrait en jeu un sentiment de plaisir et permettrait d'ancrer affectivement cette expérience à une émotion positive.

¹¹⁷ C. Jacquet et al., 2014

¹¹⁸ F. Eustache et al., 2016

¹¹⁹ E. Gibson, 1969

¹²⁰ D. Anzieu, 1985

¹²¹ E. Gibson, 1969 ; F. Eustache et al., 2016

Nous avons également proposé à Ahmed et Ophélie de manipuler des instruments de musique. En effet, les instruments de musique peuvent évoquer différentes émotions. Par exemple, le xylophone peut faire référence à la joie par le son agréable qu'il procure. L'utilisation de cet instrument nécessite un geste fluide et précis pour manier la baguette. Le bâton de pluie, quant à lui, évoque le bruit de la rivière qui coule et favorise le souvenir de lieux apaisants et sereins. Les maracasses peuvent évoquer la joie selon l'intention et l'engagement corporel fourni dans le geste, notamment dans une production rythmique. En proposant ces stimulations, nous cherchons à faire émerger un sentiment de plaisir au travers du mouvement de la production gestuelle et de l'effet du geste. D'ailleurs, Ahmed se montre enjoué lors de l'utilisation des instruments. Il frappe sur le xylophone avec le bâton en rigolant et en frappant de plus en plus fort. Nous lui proposons, par exemple, de reproduire un rythme simple et de balayer le bâton de gauche à droite et de droite à gauche. Il participe alors activement à ce jeu d'interaction entre nous et lui. Et, il en est de même pour l'utilisation du bâton de pluie ou pour les maracasses. Il est possible que la (re)découverte des objets lui ait permis d'éprouver un sentiment de joie par le plaisir du geste en lui-même. Il serait alors dans une exploration d'ordre sensori-motrice¹²². Cette supposition paraît pertinente puisqu'il reproduit sensiblement le même comportement d'une stimulation à une autre et d'une séance à l'autre. Par ailleurs, nous avons constaté qu'Ahmed était sensible à la rencontre de nouvelles personnes. Aussi, il est possible que le plaisir du geste ait pu être associé au plaisir d'interagir avec nous. De son côté, Ophélie semble peu réceptive à ces stimulations. Nous l'accompagnons dans le mouvement pour utiliser l'instrument mais elle reste relativement passive. Elle ferme alors les yeux, comme pour se couper de la relation. Aussi, il est possible que l'exploration des instruments de musique ne soit pas évocatrice d'émotion positive, ou éventuellement qu'elle y montre un certain désintérêt.

Pour le conte sur la peur, nous avons dans un premier temps souhaité associer l'état émotionnel des personnages du conte à des sensations. Pour cela, nous avons proposé d'explorer trois éléments faisant référence au conte : le métal, le bois et le riz. Aussi, nous avons proposé d'associer le métal à des sensations de dur, de froid

¹²² A. Bullinger, 2004

et de lisse, évoquant une solidité et rendant compte d'une certaine sûreté avec une notion de protection contre l'émotion de peur. Nous associons le bois à un matériau dur, chaud et rugueux évoquant à l'instar du métal, une certaine sûreté. Le bois est également lié à la possibilité d'être effrité par sa rugosité et d'être malléable par sa notion de chaleur. La sensation de protection pourrait être alors qualifiée de poreuse. Le riz, quant à lui, est associé à des petits éléments, piquants et granuleux, évoquant l'idée d'une forme fluide et insaisissable. Il évoquerait ainsi l'impossibilité d'élever des remparts contre la peur qui s'immiscerait alors aisément au sein de notre être. Suite à cette exploration sensorielle rendant compte des caractéristiques des matériaux en termes de texture, température et de taille, nous avons proposé d'adopter des postures évoquant l'émotion de peur. En effet, comme le signifie Franco Boscaini, l'émotion est toujours liée au corps¹²³. La posture a ainsi une valeur émotionnelle relative à un contexte et un vécu. A l'inverse, les éprouvés corporels peuvent faire émerger des émotions. Aussi, nous nous sommes basées sur les modèles posturaux de Harald Wallbott, psychologue, pour déterminer la posture que nous allons proposer à Ahmed et Ophélie. La peur peut ainsi être décrite par une posture où la tête et le tronc serait en légère extension, les bras écartés du tronc établissant l'équilibre lors du transfert de poids vers l'arrière¹²⁴. Cette posture ne peut pas être proposée aux personnes en situation de polyhandicap du fait de leurs limitations motrices et de leur hypotonie axiale*. Nous proposons donc à Ahmed et Ophélie un jeu postural dynamique, notamment en nous axant sur les trois phases du processus émotionnel développé par Franco Boscaini. Il s'agit dans un premier temps de faire monter la tension rapidement, puis de maintenir cet état de tension quelques instants pour enfin relâcher les muscles et ainsi libérer l'émotion¹²⁵. Nous proposons donc d'expérimenter différentes positions à Ahmed et Ophélie en les plaçant dans une posture de fermeture puis d'ouverture en décubitus latéral*. Ainsi, nous leur proposons de s'enrouler sur le côté, de ramener les jambes en flexion vers le corps et les bras vers le visage. Puis, d'étirer les jambes, de relever la tête et de dérouler l'axe. Ahmed se saisit rapidement de ce travail. La première séance, nous l'accompagnons dans ce mouvement en l'associant à un événement du conte : l'arrivée du loup. Puis, les séances suivantes, Ahmed se met spontanément dans cette position dès que nous évoquons cette partie

¹²³ F. Boscaini, 2007

¹²⁴ H. Wallbott, 1998

¹²⁵ F. Boscaini, 2007

du conte. Cette attitude montre une certaine capacité d'association entre l'histoire et la posture et ainsi pourrait favoriser l'intégration de l'émotion. Il peut progressivement suivre ces étapes sur induction verbale. Ophélie présentant des limitations motrices plus importantes qu'Ahmed ne peut pas amorcer elle-même le mouvement, nous l'accompagnons donc dans ce jeu d'enroulement-déroulement pour lui permettre de ressentir corporellement les phases du processus émotionnel. Les stimulations posturales semblent donc permettre à la personne de sentir corporellement cet état émotionnel et de le reconnaître.

Pour le conte sur la colère nous avons souhaité privilégier l'engagement corporel notamment au travers de jeux de lancer de balles. Nous proposons donc de jeter les balles en augmentant progressivement l'intensité du geste. Dans un premier temps la balle est jetée dans une boîte, permettant ainsi un travail d'ajustement tonique pour viser. Ahmed se montre particulièrement actif et apprécie de lancer l'objet. Il sourit, rigole, s'agite avec enthousiasme. Ophélie, quant à elle, présente une spasticité importante qui entrave sa capacité à réaliser un mouvement ample et donc à lancer le ballon loin. Afin de pallier cette difficulté, nous sollicitons l'apprentissage par l'observation, correspondant à l'apprentissage vicariant théorisé par Albert Bandura, psychologue¹²⁶. Nous privilégions donc l'aspect interactif en proposant à Ophélie de faire une passe à Ahmed puis à Ahmed de lancer la balle. Ophélie montre un certain investissement dans ce jeu relationnel, elle amorce légèrement le geste et nous l'accompagnons afin d'apporter la force suffisante pour que la balle roule jusqu'à Ahmed. Elle observe spontanément Ahmed avec attention et réagit lorsqu'il lance la balle. Elle rigole, et nous fait signe du regard. Progressivement, nous proposons à Ahmed de lancer de plus en plus fort en associant des éléments du conte pour que la colère puisse s'exprimer. Ahmed semble alors lentement s'imprégner de l'émotion, il fronce les sourcils lorsqu'il lance la balle et nous notons un recrutement tonique plus important. Etant donné la tendance d'Ahmed à maintenir un état émotionnel de colère pendant plusieurs jours, nous décidons d'amorcer un retour à l'apaisement graduellement en lançant de moins en moins fort jusqu'à l'arrêt total de jet. Nous proposons alors un temps de repos avant d'entamer la verbalisation finale. Ahmed semble alors relativement détendu.

¹²⁶ A. Bandura, 1995

Enfin, lors du conte sur le thème de la tristesse nous leur avons également proposé des jeux de balles, cette fois dans un jeu d'interaction plus élaboré. Il s'agissait d'identifier parmi deux personnes, nous, laquelle était triste et laquelle ne l'était pas. Puis, Ahmed et Ophélie devaient choisir de donner la balle à celle qui était triste. Ce jeu permet l'articulation entre la reconnaissance de l'émotion et le comportement social adapté : le réconfort. Les premiers temps, Ahmed s'esclaffe dès que l'une d'entre nous joue la tristesse. Progressivement, il adopte un comportement social adapté, en prenant par la main la personne triste et en l'approchant de son visage pour lui faire une accolade. Lors d'une séance, alors que nous avons le ballon en notre possession et que nous demandions à Ahmed à qui nous devions le donner, il indique Ophélie et approche sa main de son avant-bras pour lui faire une caresse. Nous interprétons ce geste comme un comportement de réconfort envers Ophélie. De son côté, Ophélie se montre particulièrement attentive à ce qui se passe dans l'environnement. Elle balaye du regard les différentes personnes présentes et profite de certains instants pour exprimer ses inquiétudes, notamment concernant l'arrivée de l'infirmière.

Pour chaque émotion travaillée, nous avons accompagné Ahmed et Ophélie dans des éprouvés corporels à connotations émotionnelles. L'ancrage mnésique de ces expériences vise à améliorer la conscience des émotions, leur identification et leur régulation. Afin d'atteindre ces objectifs, l'apport des stimulations doit être associé à leur mise en sens. Celle-ci est permise notamment par l'utilisation du conte et la verbalisation. Intéressons-nous donc à ces deux aspects de notre prise en soin afin de mieux comprendre leur rôle dans le travail de l'identification et de la régulation des émotions.

2.4. *La mise en sens*

Débuter la séance par un temps de contage permet de créer un premier contexte à l'émotion. Les événements de l'histoire et les ressentis des personnages sont mis en lien avec les futures stimulations du temps de reprise. De plus, le conte permet une identification passive au personnage pouvant favoriser une résonance émotionnelle. Le temps de verbalisation finale permet de mettre du sens sur le vécu durant la séance en le reliant aux événements de la vie quotidienne. Il clôture la

séance et accompagne le retour à la réalité. L'amélioration de la connaissance des participants et de la compréhension de leurs comportements et attitudes nous ont permis de repenser et remodeler ces deux parties de la prise en soin tout au long de l'année. Revenons d'abord sur notre évolution dans le temps de contage.

Les premiers temps, nous contions verbalement sans supports visuels. Nous avons noté que l'attention d'Ahmed et Ophélie était alors soumise à de nombreux décrochages. Par moments, Ahmed devient amimique et regarde dans le vide. Fréquemment, Ophélie détourne le regard vers la fenêtre ou le plafond, et ferme les yeux. Nous nous sommes rendues compte que l'interprétation des mots et des phrases nécessitait un travail cognitif important. En apprenant à communiquer avec eux, ils nous ont semblé privilégier le canal visuel. Nous avons donc choisi d'ajouter une stimulation visuelle au contage pour améliorer leur attention et leur adhésion à l'histoire, en étant vigilantes à ne pas glisser dans la sur-stimulation. Nous avons donc introduit des signes à chaque mots clés de l'histoire dans le but de fournir un appui cognitif et de faciliter la compréhension. En effet, la redondance sensorielle facilite la compréhension des éléments et les différents sens fonctionnent de concert¹²⁷. C'est ce que Lawrence Roseblum, psychologue, met en évidence dans ses travaux sur les personnes atteintes de déficiences sensorielles¹²⁸. Le cerveau associerait différentes informations sensorielles et les synchroniserait pour mieux percevoir le monde. En apportant un soutien visuel à l'histoire relatée oralement, nous favorisons ainsi l'intégration des différents événements du conte. Nous avons donc employé cette méthode le temps de travailler sur deux contes (six séances). Nous avons remarqué qu'Ahmed et Ophélie étaient alors plus réceptifs et plus attentifs à l'histoire. Ophélie garde le contact visuel avec le conteur plus longtemps et laisse apparaître des mimiques faciales en réaction aux évènements du conte. Ahmed, quant à lui, est plus actif qu'au début, il réagit spontanément à plusieurs rebondissements de l'histoire, se met à rire, prend un air surpris ou se cache le visage avec son avant-bras. Cette évolution peut aussi s'expliquer par la répétition des séances, l'amélioration de la communication et le renforcement du lien thérapeutique. Puis, nous nous sommes rendues compte que la langue des signes pouvait également être un biais dans la

¹²⁷ A. Bleicher, 2014

¹²⁸ L. Roseblum, 2010

compréhension du conte. Elle peut être difficilement interprétable étant donné que seul Ahmed a accès à la langue des signes et l'utilise, d'autant plus que le lexique gestuel d'Ahmed ne prend pas en considération la plupart des éléments du conte. Ophélie, quant à elle, n'utilise pas ce moyen de communication. Nous nous sommes donc demandées si l'apport d'images serait une alternative adaptée aux difficultés des deux participants à l'atelier psychomoteur. En effet, proposer une image représentant le mot clé favoriserait la compréhension du conte sans passer par un travail cognitif d'interprétation, comme le nécessite la langue des signes. Nous avons choisi ce support de conte pendant trois séances. Nous avons constaté que l'attention d'Ahmed et d'Ophélie était équivalente lorsqu'il s'agissait de signes ou d'images. En revanche, les réactions à l'histoire ont été moins présentes. Bien qu'il puisse s'agir d'un biais d'attrait pour l'histoire du conte, il nous a semblé que l'utilisation des images favorisait moins le dialogue tonico-émotionnel¹²⁹. Ce dernier s'appuie, comme l'indique son nom, sur les informations toniques et émotionnelles des interlocuteurs. La perception d'un état tonique et affectif d'une personne permet d'adapter son propre comportement et sa propre attitude afin de favoriser un échange harmonieux¹³⁰. La feuille entre la conteuse et les participants semble donc créer une séparation, un mur à la communication. L'image statique, bien que remplie de symbolisation (couleur évoquant une émotion), ne peut être objet de relation dans le cas présent. Par ailleurs, l'image, représentation en deux dimensions, peut parfois être difficilement interprétable par les participants, plus encore que les signes, bien que parfois abstraits, qui peuvent s'associer à l'attitude, la posture, les mimiques faciales du conteur. Ils favorisent ainsi le dialogue tonico-émotionnel et permettent une meilleure adaptation à la situation.

Nous avons donc expérimenté le long de l'année différentes modalités de contage afin de l'ajuster au mieux aux participants. A un contage au début exclusivement oral, nous avons incorporé des appuis visuels améliorant l'attention des participants et leur adhésion à l'histoire et ainsi facilitant l'effet thérapeutique du conte.

¹²⁹ J. De Ajuriaguerra, 1977

¹³⁰ *Ibid.* ; H. Wallon, 1930

A l'instar du contagement, le temps de verbalisation a également subi quelques changements. Durant ce temps nous rappelons les stimulations proposées lors du temps de reprise, en remontant de la dernière à la première. Nous mettons alors en mots ce que nous avons perçu de leurs réactions lors des stimulations et nous adaptons notre mise en sens en fonction des réponses que nous percevons au moment de la verbalisation. En effet, la mise en sens des éprouvés corporels favorisent l'identification des émotions vécues¹³¹. La verbalisation se fait donc dans un échange interactif, notamment pour favoriser le partage des émotions, lui-même nécessaire à la régulation émotionnelle¹³². Cette interaction se construit sur leurs réactions spontanées et leurs réponses à des questions fermées. Même si nous privilégions ce mode de restitution, nous insérons parfois, lorsque cela nous paraît adapté, des questions ouvertes. Ainsi nous cherchons à accompagner les participants vers une mise en sens de leurs ressentis et des émotions éprouvées durant la séance. Nous associons ensuite ces états émotionnels à ceux qui peuvent avoir été vécus récemment ou régulièrement. Malheureusement, en raison de l'heure d'arrivée variable et imprévisible de l'infirmière, Ophélie a souvent dû partir avant la fin de la séance. Elle a donc peu bénéficié de ce temps faisant partie inhérente au travail d'identification des émotions. Néanmoins, nous avons pu constater, lorsqu'elle est présente, qu'elle peut être attentive durant ce moment de verbalisation. Elle nous fixe du regard dans une posture neutre en restant relativement amimique. A d'autres moments, elle se coupe de la relation en fermant les yeux ou en détournant le regard vers la fenêtre. Cette absence d'interaction peut s'expliquer par la fatigabilité d'Ophélie ou éventuellement par un manque d'intérêt pour le rappel des stimulations. Nous avons alors pensé à modifier le mode de communication pour favoriser l'adhésion d'Ophélie. Aussi, nous avons constaté lors de la deuxième évaluation, qu'elle se saisissait spontanément des pictogrammes que nous avons utilisé pour interagir avec nous. Elle signifiait alors sa crainte de perdre sa mère, à l'instar de son père, et ainsi la peur de se retrouver seule. Nous avons appris par la suite qu'Ophélie utilisait un classeur de pictogrammes pour communiquer avec l'équipe et sa famille, mais qu'elle ne souhaite plus l'utiliser depuis quelques temps. Nous souhaitons donc intégrer l'utilisation des pictogrammes dans le temps de verbalisation afin de favoriser

¹³¹ Cf. *supra* p.25

¹³² Cf. *supra* p.28

l'engagement d'Ophélie dans l'interaction et permettre de réintroduire ce mode de communication au quotidien. De plus, l'utilisation de cet outil pourrait nous permettre d'affiner la verbalisation de son vécu et donc son intégration. Contrairement à Ophélie, Ahmed a pu profiter de ce temps pour chaque séance. Il est relativement attentif et réagit spontanément aux rappels des stimulations. Si certaines de ses réactions peuvent être dues au plaisir d'être en interaction avec nous, d'autres sont clairement associées à la remémoration du vécu de la séance. Par exemple, durant la verbalisation de la séance sur la joie, lorsque nous évoquons l'odeur des fleurs, il demande à sentir à nouveau le tissu imprégné d'un parfum floral. La demande d'Ahmed pourrait s'apparenter à la reproduction de son vécu. En effet, Marcel Jousse, anthropologue explique que l'homme rejoue le monde à travers ses gestes, restituant ainsi ce qu'il a traversé à sa façon, selon sa structure¹³³. Il semble donc qu'Ahmed ait rejoué ce qui l'a affecté, touché, impressionné durant la séance. Durant une autre séance, celle sur le thème de la peur, nous lui demandons, suite au rappel des stimulations, quelle activité il a préféré ce jour-là. Il nous répond en se cachant le visage avec son bras, nous signifiant ainsi l'éprouvé corporel qu'il l'a particulièrement apprécié. De cette manière, il semblerait que la répercussion émotionnelle de cette action ait permis une forme d'ancrage mnésique de la situation¹³⁴. En effet, plusieurs études ont montré que si une émotion, même modérée, est associée à un stimulus, nous sommes davantage attentifs à ce dernier, facilitant ainsi l'encodage et donc la mémorisation¹³⁵. Cependant, il apparaît qu'Ahmed réalise ce geste au quotidien dans la relation. Aussi, il est possible qu'il ait reproduit ce geste par automatisme plus que par réaction à la situation. Par ailleurs, pour les séances sur la tristesse nous avons utilisé des images comme outil de symbolisation et de résonance émotionnelle. Cependant, ces images ont eu un effet excitateur et distracteur sur Ahmed. Il pointait du doigt les images en rigolant et semblait moins attentif au retour que nous formulions comparé aux autres fois. En prenant en considération l'ensemble de l'année, c'est lors de la verbalisation des séances sur la colère qu'Ahmed nous a paru le plus attentif, notamment lorsque nous évoquons la manifestation de cet état émotionnel dans son quotidien. Nous supposons que cette attention particulière était liée au fait que c'est une émotion qu'il ressent de manière intense et qu'il éprouve des difficultés à la

¹³³ M. Jousse, 1974

¹³⁴ C. Kuhbandner, 2016

¹³⁵ F. Eustache et al., 2016

réguler. Comme nous l'avons expliqué plus tôt¹³⁶, cette émotion semble donc être la plus évocatrice pour lui.

Ainsi, le temps de verbalisation fait partie intégrante du processus d'identification des émotions, en mettant en sens les différents éprouvés corporels vécus par Ahmed et Ophélie. Il permet également, avec le temps du contage, d'établir un cadre ritualisé, marquant le début et la fin de la séance. Par ce rituel, nous créons un espace contenant permettant l'expérimentation des différentes émotions travaillées et ainsi nous favorisons le travail d'identification des émotions.

Ainsi, nous avons mis en évidence les différents outils à disposition du psychomotricien pour favoriser la reconnaissance des émotions, notamment par l'intégration des éprouvés corporels, la mise en sens de ces vécus et l'interaction entre les participants. Attelons-nous à présent à développer l'évolution des capacités d'identification et de régulation émotionnelle chez Ahmed et Ophélie.

3. L'effet de notre prise en soin sur la régulation émotionnelle

Afin de rendre compte du rôle de la psychomotricité sur la régulation émotionnelle, nous allons décrire l'impact de notre prise en soin à trois niveaux d'influence : court, moyen et long terme. Le niveau à court terme désigne l'évolution d'Ahmed et Ophélie au sein d'une séance et le moyen terme celle constatée sur un cycle de trois séances. Enfin, le long terme prend en considération l'observation de leurs capacités de régulation durant les quatre mois de stage ainsi que les perspectives de progressions si nous pouvions étendre notre prise en soin. L'état de santé d'Ophélie au début de l'année, ses absences et ses nombreux départs prématurés de séance ont réduit la possibilité d'observer son évolution au cours de l'expérience. Aussi, il nous semble pertinent de développer davantage l'évolution des capacités d'Ahmed, sans pour autant omettre celle d'Ophélie. En effet, en raison de son assiduité aux séances, la progression d'Ahmed nous paraît plus représentative

¹³⁶ Cf. *supra* p.58

de l'apport de la psychomotricité dans la régulation émotionnelle. Commençons par détailler les évolutions observées à court terme.

3.1. A court terme

La description de l'influence de notre prise en soin, au sein même d'une séance, s'oriente principalement sur l'intégration des vécus corporels émotionnels. Pour rendre compte de ce travail prenons comme exemple la première séance sur la peur. Lors de celle-ci, nous avons fait expérimenter à Ahmed et Ophélie les paliers de l'émotion décrit par Franco Boscaini¹³⁷. Nous avons constaté qu'après avoir accompagné Ahmed dans ces étapes une fois ou deux, il peut aisément les réaliser seul. Nous sollicitons ainsi un travail de régulation tonique, indispensable à la régulation émotionnelle¹³⁸. Ophélie quant à elle, n'a pas pu suivre ces séances entièrement. Nous avons donc peu, si ce n'est aucune, informations la concernant à ce sujet. Revenons donc à l'évolution d'Ahmed. Sa capacité à maîtriser son corps montre une certaine forme de régulation tonique pouvant indiquer une capacité de régulation émotionnelle sur l'instant. En effet, selon Franco Boscaini, le relâchement tonique permet d'évacuer les émotions que la personne s'emploie à mobiliser durant la première phase et à retenir pendant la seconde¹³⁹. Nous avons proposé d'associer ce jeu d'enroulement-déroulement à des mouvements respiratoires. En effet, selon Blandine Calais-Germain, kinésithérapeute et psychomotricienne, la respiration accompagne le mouvement¹⁴⁰. De cette manière, elle soutient l'état tonique, et donc émotionnel, d'Ahmed. L'inspiration permet le recrutement tonique, le blocage respiratoire de quelques secondes permet le maintien de cet état tonique et l'expiration favoriserait l'expulsion physiologique et également symbolique des tensions. Aussi, nous favorisons, plus ou moins directement, par le biais du contrôle tonique et respiratoire, une certaine régulation émotionnelle. Ce contrôle qui, *a priori*, semble avoir fonctionné durant le conte sur la peur, était moins efficient lors de la dernière séance sur la colère. En effet, nous avons proposé à Ahmed, de progressivement mobiliser le sentiment de colère en lançant une balle de plus en plus

¹³⁷ Cf. *supra*. p.69

¹³⁸ H. Wallon, 1930

¹³⁹ F. Boscaini, 2007

¹⁴⁰ B. Calais-Germain, 2005

fort¹⁴¹. Il semblerait qu'Ahmed adhère à cette ascension émotionnelle. Nous l'accompagnons alors progressivement dans une rétrogression de l'état de tension avec aisance : il semble calme et serein pour retourner sur son lieu de vie et se rendre à la séance de kinésithérapie. Pourtant, en sortant de la salle de psychomotricité, Ahmed manifeste un comportement d'opposition. Son visage se crispe, il fronce les sourcils, saisit le manteau qu'une personne lui tend et le jette brutalement à terre. L'état émotionnel de colère semble avoir persisté malgré l'accompagnement que nous avons effectué durant la séance. Il est possible que le débordement émotionnel qu'a vécu Ahmed après la séance soit dû en partie à la porosité du rituel de fin. En effet, celui-ci, comme nous l'avons évoqué plus tôt, forme un cadre¹⁴². Il dépend de plusieurs conditions dont l'espace, le matériel et le temps, selon Catherine Potel, psychomotricienne¹⁴³. Ce cadre était relativement stable durant toute la durée de l'année, il semble donc être un support d'expérimentation au sein même d'une séance et n'explique pas le comportement d'Ahmed. Au-delà de ce cadre, les membres du groupe forment un contenant groupal, comme le précise René Kaës¹⁴⁴. Or, les départs prématurés d'Ophélie à de nombreuses reprises ont pu fragiliser la stabilité de ce rituel et donc faire perdre sa fonction contenante. Aussi, Les expériences vécues par Ahmed lors des séances peuvent s'être diffusées jusqu'au lieu de vie des résidents, expliquant ainsi son comportement face au kinésithérapeute. Par ailleurs, Esther Bick, psychanalyste, décrit un cadre interne, propre à chaque individu¹⁴⁵. Il est soutenu par ce que Didier Anzieu appelle le moi corporel¹⁴⁶. Le corps forme ainsi un contenant permettant l'introjection des éléments vécus en séance qui peuvent être maintenus par les fonctions du moi-peau¹⁴⁷. De fait, il est possible qu'Ahmed se soit imprégné du contexte émotionnel de la séance et éprouve des difficultés à s'en détacher par son impossibilité à canaliser ses excès de colère dans le quotidien.

Les séances sur le thème de la tristesse ont été significatives d'évolution à la fois pour Ahmed et Ophélie. Ce conte étant travaillé en fin d'année, l'identification des

¹⁴¹ Cf. *supra* p.70

¹⁴² Cf. *supra* p.60

¹⁴³ C. Potel, 2010

¹⁴⁴ R. Kaës, 1982

¹⁴⁵ E. Bick, 1968

¹⁴⁶ D. Anzieu, 1985

¹⁴⁷ E. Bick, 1968 ; D. Anzieu, 1993

personnages du conte et les éprouvés corporels semblent avoir été intégrés. Nous constatons alors qu'Ahmed est dans une phase transitoire où il montre au sein même d'une séance des capacités d'empathie alternant avec des moments d'adhésion à l'émotion, forme de sympathie. En effet, lorsque la neige se voit refuser une couleur, Ahmed exprime de la tristesse en abaissant la commissure de ses lèvres. Quand la neige se fait offrir une couleur, il exprime de la joie. Il montre ensuite des capacités d'empathie et d'altruisme en adéquation avec l'émotion perçue sur autrui, comme par exemple en venant consoler la personne qui semble triste sans pour autant que lui ne ressente cette tristesse. Ophélie de son côté, peut s'apaiser au sein même d'une séance. Elle peut, par exemple, manifester au début un sentiment d'angoisse en se coupant de la relation ou montrant des persévérations verbales. Nous nous basons sur la technique de validation de Naomi Feil, directrice de l'institut de formation à la validation, pour favoriser l'acceptation de son état émotionnel présent à l'instant¹⁴⁸. Et, nous apportons, en plus de cette méthode, des réponses aux angoisses d'Ophélie, notamment en structurant temporellement les étapes de la séance. Elle semble alors s'apaiser et peut se recentrer sur la séance.

Le travail au sein d'une séance s'axe donc sur une prise de conscience des éprouvés corporels, premiers jalons de l'identification¹⁴⁹. De cette manière, la régulation émotionnelle à court terme serait bénéfique par l'appropriation des expériences vécues et également par leur répétition, amenant alors progressivement un travail sur plusieurs séances. Décrivons donc l'apport de la psychomotricité à moyen terme pour rendre compte de cet aspect.

3.2. A moyen terme

Nous retrouvons pour chaque conte une évolution de l'identification des états émotionnels des personnages lors du temps de contage. Rappelons qu'un conte est travaillé trois semaines consécutives. Lors de la première séance l'attention d'Ahmed et Ophélie décroche fréquemment à plusieurs moments du contage et les réactions sont fluctuantes. Ahmed devient amimique, son tonus axial diminue, abaissant ainsi sa tête et orientant son regard vers le sol. Ophélie ferme les yeux ou fixe la fenêtre

¹⁴⁸ N. Feil, 2005

¹⁴⁹ K. Scherer, 1984 ; N. Frijda, 1986 ; R. Lane et G. Schwartz, 1987 ;

avec une expression faciale neutre. Nous associons cette baisse d'attention à un effort cognitif important pour comprendre les éléments de l'histoire. De fait, nous favorisons des temps de pauses plus ou moins longs et répétons plusieurs fois les situations mettant en jeu l'état émotionnel des personnages pour permettre un recentrage sur le conte. Nous constatons que l'attention d'Ahmed et Ophélie est plus perceptive et que leurs réactions sont davantage manifestes lors de la deuxième séance. Nous pouvons donc effectuer des temps de pauses plus courts et mettre l'accent sur l'état émotionnel des personnages avec moins de répétitions. Ahmed et Ophélie se montrent alors plus réceptifs à l'histoire, ils soutiennent plus longtemps leurs regards vers la conteuse et réagissent plus souvent aux événements contés. Nous observons qu'Ophélie hausse les sourcils et dirige son regard vers la conteuse. Ahmed, pour sa part, associe certaines parties du conte aux stimulations de la semaine précédente, comme lors du conte sur la peur où il se cache le visage avec son avant-bras lorsque la poule se cache dans la maison pour se protéger du loup. L'identification aux personnages est ainsi facilitée par la répétition du conte d'une séance à l'autre et par l'intégration des stimulations faites précédemment. Enfin, lors de la troisième séance, l'attention et les réactions d'Ahmed et Ophélie sont moins présentes qu'à la deuxième séance. Il est possible que cette diminution soit due à la répétition du conte, qui semblerait d'une certaine manière assimilée. Nous assistons de nouveau à des décrochages visuels de leur part et moins de réactions aux événements du conte.

De la même manière, les stimulations apportées semblent avoir été intégrées d'une séance à l'autre. Ahmed, par exemple, associe plus rapidement un mouvement à un élément de l'histoire. Il réalise avec plus de facilité les structures rythmiques sur les instruments et ses gestes sont plus fluides. Ophélie se montre particulièrement enjouée à l'idée de réaliser de nouveau des jeux de passes avec Ahmed ou des jeux de collaborations avec les instruments de musique. Au niveau corporel, le relâchement tonique est plus facile à la deuxième séance que ce soit pour Ahmed ou pour Ophélie. Cette dernière peut initier un geste dirigé vers Ahmed dans l'intention de lui donner un objet, par exemple. Ahmed, quant à lui, a besoin d'un accompagnement pour s'enrouler à la première séance puis il réalise seul le mouvement dès que nous induisons oralement le passage du conte en référence.

Ces différents éléments mettent en évidence la capacité d'intégration des informations du conte suite aux répétitions. Les réactions émotionnelles durant ces stimulations se régulent d'une séance à l'autre. Lors de la première séance, la proposition des stimulations sensorielles et motrices provoquent des éclats de rire. Ce comportement peut s'assimiler à une réaction à la nouveauté¹⁵⁰. A la deuxième séance et à la troisième, les réactions sont progressivement plus modérées, indiquant une forme d'automatisation émotionnelle¹⁵¹. A présent, abordons l'impact de notre prise en soin sur l'année de stage et les potentielles influences à long terme.

3.3. A long terme

L'objectif de l'année était d'aboutir à une identification de l'état émotionnel des personnages mis en jeu dans le conte et de réguler les émotions des participants. Pour Ahmed, il s'agissait notamment de renforcer la régulation des états de colère par le biais de l'identification des émotions. Et, pour Ophélie, le travail s'orientait sur l'apaisement de l'anxiété.

Ainsi, la prise en soin psychomotrice a permis à Ahmed d'adapter son comportement au quotidien, notamment pour la colère, émotion qu'il semble avoir du mal à maîtriser. Nous avons constaté une évolution significative à ce niveau. Au début de l'année, lors des séances sur la joie, nous avons remarqué qu'Ahmed manifestait de la joie pendant le conte. Il sourit et semble prendre plaisir lors de l'écoute du conte. Il nous a paru que ce sentiment de joie était le reflet de son humeur habituelle et une réaction au plaisir d'être en relation avec nous plutôt qu'une identification au personnage de l'histoire. Ce sont ses propres émotions qui se manifestaient. Nous avons remarqué une évolution dans l'identification des émotions lors du conte sur la peur. Ahmed relie les éléments de l'histoire à un comportement spécifique : l'action de se cacher avec son avant-bras. Il réagit de manière cohérente aux rebondissements du conte tout en manifestant de la joie. Ce constat nous amène à penser qu'Ahmed intègre un vécu corporel à des éléments symboliques en restant éloigné de la tonalité émotionnelle des personnages. Le conte sur la colère marque un tournant dans sa capacité à s'identifier à l'histoire. Tout comme celui sur la peur,

¹⁵⁰ E. Gibson, 1969 ; F. Eustache et al., 2016

¹⁵¹ M. Mikolajczak, 2010

Ahmed semble investir le vécu corporel de la colère à l'histoire du conte et également à son propre vécu émotionnel dans le quotidien. Il associe l'état émotionnel des personnages aux expériences vécues pendant les séances précédentes ainsi qu'à ses propres comportements. Il semble alors plus attentif à l'histoire du conte. La tonalité émotionnelle d'Ahmed fluctue cependant durant le contage, avec, par moments, une attention soutenue par un faciès neutre et d'autres instants où il s'esclaffe lorsque nous évoquons la colère d'un personnage. Ce qui montre des capacités de distance émotionnelle en oscillant entre des moments d'adhésion à l'émotion du personnage et des moments de compréhension des états mentaux des personnages sans s'en imprégner. Ces attitudes montrent alors une forme d'empathie encore fragile. Ce conte semble avoir été une phase transitoire importante dans l'évolution d'Ahmed puisque, lors du conte sur la tristesse, il semble partager l'état émotionnel des personnages. Il réagit aux événements de l'histoire, montre des mimiques faciales de tristesse à certains passages, notamment par l'abaissement des commissures de ses lèvres. Au cœur des séances, il fait preuve de comportements sociaux adaptés, notamment par une attitude de compassion et de réconfort. Il présente ainsi un comportement altruiste¹⁵². Il garde une distance empathique et montre, en plus de sa capacité à identifier l'émotion des personnages, une réaction comportementale cohérente qui l'inscrit dans des rapports sociaux adaptés.

Au fur et à mesure de l'année, nous avons donc observé qu'Ahmed a évolué progressivement du vécu corporel à la représentation de celui-ci, de la sympathie à l'empathie et donc de l'identification des personnages aux réactions sociales adaptées. Si la capacité d'adaptation a été possible pour le conte sur la tristesse, il était plus difficile pour la colère. L'évolution notée à court et moyen terme pour cette thématique montre qu'Ahmed peut se saisir des propositions psychomotrices pour adopter un certain comportement. Il paraît nécessaire de poursuivre ce travail de régulation émotionnelle autour de la colère pour permettre à Ahmed de s'approprier différentes stratégies de régulation et de les généraliser au quotidien. En effet, dans les situations de colère, Ahmed privilégie l'isolement au partage social des émotions, ce qui entrave une régulation rapide et stable de l'émotion. Une expression émotionnelle adaptée libérerait les tensions qu'il peut accumuler au quotidien.

¹⁵² Cf. *supra* p.26

Habituellement, il s'exprime par des comportements d'opposition et d'agressivité. Or, nous lui proposons, en séance de psychomotricité, un espace contenant et sécurisant lui permettant d'évacuer ses tensions avant qu'elles s'accumulent trop et débordent. Le temps de verbalisation quant à lui, a été notre cheval de bataille tout au long de l'année car il favorise une forme de partage émotionnel. Ce partage pourrait désamorcer certains comportements avant qu'ils aient lieu.

A ce jour, nous souhaitons amener progressivement Ahmed à investir ce temps de verbalisation pour l'exploiter à des fins de régulation émotionnelle. Ophélie, quant à elle, investit particulièrement ce partage social de l'émotion. Cependant, pour que cette stratégie de régulation gagne en efficacité et puisse l'apaiser, il est nécessaire de lui apporter d'autres outils pour moduler son émotion. Néanmoins, la tendance au partage social d'Ophélie, nous a semblé être une porte d'entrée pour l'établissement d'un lien thérapeutique. Il s'avère qu'au fil de l'année, Ophélie nous investit de plus en plus dans la relation. Alors que durant les premiers contes elle manifeste plutôt des attitudes de fermeture à la relation, les derniers contes sont marqués par une ouverture et un désir de communiquer avec nous. Elle exprime d'ailleurs ses craintes et ses peurs lors du conte sur la tristesse. Nous pouvons, dès lors, investir ce partage social, notamment en passant par la validation des émotions et sur la possibilité de lui apporter d'autres stratégies de régulation, à savoir l'identification des émotions et l'automatisation des réactions émotionnelles. A ce jour, nous pouvons entrevoir une perspective d'évolution de nos séances dans cette direction et ainsi favoriser la régulation émotionnelle et l'apaisement de l'anxiété.

4. Conclusion

Nous constatons au travers de notre expérience et de notre réflexion que l'amélioration de l'identification des émotions est possible grâce aux outils dont dispose le psychomotricien. Nous retenons, entre autres, le dispositif groupal, la conscience corporelle, les stimulations sensorielles et motrices ainsi que leur mise en sens. Tous ces éléments s'inscrivent dans la médiation conte que nous utilisons. Ils favorisent respectivement l'étayage inter-sujetif, l'intégration psychique des éprouvés corporels, les expériences émotionnelles et la verbalisation des vécus. Au travers de notre prise en soin, nous avons suivi les étapes de la conscience

émotionnelle. Nous avons accompagné les participants dans une mise en sens de leurs expressions émotionnelles permettant d'identifier leurs états émotionnels personnels. A partir de ce travail, nous avons pu ensuite les guider dans la reconnaissance des états émotionnels d'autrui et ensuite leur permettre d'adapter leur comportement à une situation spécifique. L'amélioration des compétences émotionnelles par ces moyens a pu être objectivée au travers des résultats de notre expérience et illustrée cliniquement dans l'évolution des participants. Par ces différentes actions, le psychomotricien agit à court terme, au sein même d'une séance, à moyen terme, par la répétition des expériences, et à long terme, par l'intégration psychomotrice, sur la régulation émotionnelle. A ce jour, nous constatons les bénéfices de la prise en soin en psychomotricité, étendue sur quatre mois de travail, essentiellement à court et moyen terme. Il s'agirait d'entreprendre une perspective de travail à long terme pour entrevoir la généralisation de cette évolution au quotidien des personnes.

Conclusion

Notre travail de pré-recherche s'est axé autour des capacités d'identification et de régulation émotionnelle chez les personnes en situation de polyhandicap. La théorie que nous avons développée met en lumière que les compétences émotionnelles sont entravées par les limitations motrices, cognitives et sociales. Néanmoins, les résultats au test de reconnaissance des émotions montrent, pour un de nos participants, une capacité d'identification des émotions d'autrui efficiente. Nos observations cliniques, quant à elles, témoignent pour nos deux participants de l'utilisation d'une stratégie de régulation émotionnelle. Cependant, privilégier une seule stratégie nuit à son efficacité et ne permet pas une modulation optimale de l'émotion. Notre prise en soin vise alors à les accompagner dans l'enrichissement et la diversification de leurs facultés émotionnelles. Ce suivi thérapeutique mériterait d'être poursuivi afin que l'évolution observée dans les séances de psychomotricité puissent se généraliser au quotidien. Il apparaît alors important de pouvoir transmettre des observations objectives aux psychomotriciens et à l'ensemble des professionnels intervenants auprès d'eux. Ce type d'information dans le milieu du polyhandicap est souvent limité aux affections médicales et au quotient intellectuel. Les capacités psychomotrices, quant à elles, sont difficilement évaluables chez les personnes en situation de polyhandicap. Or dans ce mémoire, nous avons mis en exergue la possibilité d'adapter un test standardisé évaluant objectivement la capacité de reconnaissance des émotions. Ainsi, l'aboutissement de notre projet laisse entrevoir la perspective de créer et/ou d'adapter des bilans mesurant les différents items psychomoteurs comme le schéma corporel, l'espace, le temps, l'ajustement tonique, les praxies ainsi que la motricité globale et fine. Le développement d'évaluations au service de la personne polyhandicapée pourrait ainsi préciser le projet thérapeutique et les axes de prise en soin du psychomotricien, érigeant ainsi le métier de psychomotricien au rang de thérapie scientifiquement valide.

Bibliographie

ADRIEN, J.-L., préface, pp.9-10, in NADER-GROSBOIS, N. (2011), *La théorie de l'esprit, entre cognition, émotion et adaptation sociale*, Bruxelles, De Boeck, 2015

AJURIAGUERRA, J., De, (1977), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5* (5e édition, traduit par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi), Issy-les-moulineaux, Elsevier-masson

AUDOUEINEX, M. et SINTES, C., Intérêt de l'approche sensori-motrice dans le champs du polyhandicap pp.134-140 in PATTE; K. et Al. - sous la direction de (2014), *Le polyhandicap : de l'enfant à l'adulte*, Montpellier, Sauramps Medical

ANZIEU, D. L'enveloppe sonore du Soi, *Nouvelle Revue de Psychanalyse* n° 13, pp.161-180, 1976

ANZIEU, D. (1985), *Le moi peau*, Paris, Dunod, 2006

ANZIEU, D. (1993) *Les contenants de la pensée*, Paris, Dunod

BANDURA, A. (1995), *L'apprentissage social*, Bruxelles, Mardaga

BICK, E., The experience of the skin in early object-relation, *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 49, 1968

BION, W. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 2003

BLEICHER, A., Le mélange des sens pp.62-68, *Cerveau & Psycho* n°61, janvier-février 2014

BONNOTTE, L., GUITARD, S. et LEQUENNE, F., chapitre 11: Le polyhandicap, pp.139-146, in ALBARET, J.-M, GIROMINI, F. et SCIALOM, P. - sous la direction de (2015) *Manuel d'enseignement de psychomotricité vol.3 Clinique et thérapeutique*, Paris, De boeck-Solal

BOREL, S., la voix et ses troubles pp.40-45, *Cerveau et Psycho* n°54, décembre 2012

BOHLER, S. et PLATEL, H., Pourquoi la musique nous fait vibrer ? pp.60-64, *Cerveau & Psycho* n°67, janvier 2015

BOSCAINI, F., Les émotions dans la relation psychomotrice pp.113-168, *Evolution psychomotrices* n°77, 2007

BOSCAINI, F. et SAINT-CAST, A., Glossaire, *Evolution psychomotrices* n°95, vol. 24, janvier 2012

BOULAY, C., ROHON, M-A., VIEHWEGER, E., Hanche : que faire, quand et pourquoi ? pp.63-73 in PATTE, K. et al. - sous la direction de (2014), *Le polyhandicap : de l'enfant à l'adulte*, Montpellier, Sauramps Medical

BRUN, A., Chapitre 1 : Histoire des médiations dans le soins, pp.10-40 in BRUN, A., CHOUVIER, B., et ROUSSILLON, R. (2013), *Manuel de médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod

BRUNER, J. (1983), *Le développement de l'enfant. Savoir-faire, savoir dire*, Paris, PUF

BULLINGER, A. (2004), *Le développement sensori-moteur et ses avatars, Tome 1 : un parcours de recherche*, Paris, Erès

CALAIS-GERMAIN B. (2005), *Respiration. Anatomie, gestes respiratoires*, Chambéry, Désiris

CALIANDRO, S., Empathie et esthésie : un retour aux origines esthétiques pp.791-800, *Revue française de psychanalyse*, vol. 68, 2004

CARDENOUX, C. et Al., Evolution du concept de polyhandicap - quelques notions pp.16-23, in PATTE, K. et al. - sous la direction de (2014), *Le polyhandicap : de l'enfant à l'adulte*, Montpellier, Sauramps Medical

CHOUVIER, B. (2015), *La médiation thérapeutique par les contes*, Paris, Dunod

COUTURE, M. (2010), *Normes bibliographiques, Adaptation française des normes de l'APA*, Publication Manuel, 6e édition, 2016 consultable sur http://benhur.teluq.quebec.ca/~mcouture/apa/normes_apa_francais.pdf

CORICELLI, G., Two-levels of mental states attribution : from automaticity to voluntariness pp.294-300, *Neuropsychologia* n°43, 2005.

CORMEAU, H. (1912), *Terroirs mauges, miettes d'une vie provinciale*, Paris, Essai Broché, 2001

CORRAZE, J. (1997), *Les communications non-verbales*, Paris, PUF

CORRAZE, J. (2015), *Déclin de la médecine humaniste*, Bruxelles, Mardaga

CUISSET, J.-M., chapitre 7 : Polyhandicap et épilepsie pp.103-106, in JUZEAU, D. - sous la direction de (2010), *Vivre et grandir polyhandicapé*, Paris, Dunod.

DARWIN, C. (1872), *L'expression des émotions chez l'homme et chez l'animal*, Paris, Payot Rivages, 2001

DECETY, J., L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui ? in BERTHOZ, A. et JORLAND, G. - sous la direction de (2004), *L'empathie*, Paris, Odile Jacob

DELLACHERIE, D. et SAMSON, S., Soigner avec les émotions pp.50-53, *Cerveau & Psycho* n° 63, mai-juin 2014

DONSKOFF, C. et URSEI, M., Pied de l'enfant polyhandicapé pp.74-82 in PATTE K. et al. - sous la direction de (2014), *Le polyhandicap : de l'enfant à l'adulte*, Montpellier, Sauramps Medical

DUCHENNE, G. (1862), *Mécanisme de la physionomie humaine, ou Analyse électrophysiologique de l'expression des passions applicable à la pratique des arts plastiques*, Paris, Librairie J.-B. Baillière et Fils, 2e édition, 1876

DUVAL, C. et Al., Le Soi à la loupe des neurosciences cognitives : de la conscience de soi à la conscience de l'autre pp.7-19, *Psychol Neuropsychiatr Vieil* n°7, 2009

DUVAL, C. et PIOLINO, P. La Théorie de l'Esprit : aspects conceptuels, évaluation et effet de l'âge pp.41-51 *Revue Neuropsychologie* n°3, 2011

EKMAN, P. et FRIESEN, W., Constants across Cultures in the Face and Emotion pp.124-129, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 17/2, 1971

EKMAN, P., Basics emotions pp.45-60, *Handbook of cognition and emotion* 1999

EUSTACHE, F. et Al., Comment les émotions forgent nos souvenirs pp.82-87, *Cerveau & Psycho* n°81, octobre 2016

FEIL, N. (2005), *Validation, mode d'emploi : Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer*, Paris, Broché

FREUD, S. et OPPENHEIM E., Rêves dans le folklore pp.87-103 in FREUD S. (1972), *Totem et tabou*, Paris, Puf, 2015

FRIJDA, N.-H. (1986), *The emotions*, Cambridge, Cambridge University Press

FRIJDA, N.-H., KUIPERS, P. et SCHURE, E., Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness pp.212-228, *Journal of Personality and Social Psychology* n°57, 1989

GEORGES, A., LEROY, A. et SCHELLES, R., Evaluation cognitive des enfants et adolescents polyhandicapés pp.122-133 in PATTE K. et Al. - sous la direction de (2014), *Le polyhandicap : de l'enfant à l'adulte*, Montpellier, Sauramps Medical

GRANDJEAN, D., SANDER, D., SCHERER, K., Conscious emotional experience emerges as a function of multilevel, appraisal-driven response synchronization pp.484-495, *Consciousness and Cognition* n°17, 2008

GIBSON, E. (1969), *Principles of perceptual learning and development*, New York, Appleton-Century Crofts.

GUILLAMAUD, P., La médiation chez Aristote pp.457-474, *Revue Philosophique de Louvain*, quatrième série, tome 85, n°68, 1987

GUIOSE, M. (2007), *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Heure de France, 2015

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE - expertise collective, (2004), *Déficiences ou handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge*, Paris, INSERM

JACQUET, C. et Al. (2014), *Les liens corps esprits, regards croisés à partir de cas clinique*, Paris, Dunod

JOUSSE, M. (1939), *L'anthropologie du geste*, Paris, Gallimard, 1974

JUZEAU, D., PERNES, P. et SERGEANT, H., Chapitre 2 : Définitions, historiques et enjeux pp. 13-27, in JUZEAU D. - sous la direction de (2010), *Vivre et grandir polyhandicapé*, Paris, Dunod.

KAËS, R. (1982), *1er travail psychanalytique dans les groupes. Tome 2 : les voies de l'interprétation*, Paris, Dunod.

KAËS, R. (1993), *L'appareil psychique groupal. Construction du groupe*, Paris, Dunod

KAËS, R. (2012), *Contes et divan*, Paris, Dunod.

KOOLE, S., The psychology of emotion regulation : An integrative review pp.4-41 in *Cognition & Emotion* n°23, 2009

KUDLACEK, J. et SERYCH, J. (1980), *Légendes du soleil, de la lune et des étoiles*, Paris, Gründ.

KUHBANDNER, C., La construction du souvenir pp.28-29, *Cerveau & Psycho* n°83, décembre 2016

LANE, R. et SCHWARTZ, G., Levels of emotional awareness : A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology pp.133-143, in *The American Journal of Psychiatrie* n°144, 1987

MEHRABIAN, A., WIENER, M., Decoding of Inconsistent Communications pp.109-114, *Journal of Personality and Social Psychology* n°6, 1967

MEHRABIAN, A. et FERRIS, S.-R., Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels pp.248-252, *Journal of Consulting Psychology* n°31,1967

MIKOLAJCZAK, M., Chapitre 7 : Introduction à la régulation des émotions *in* MIKOLAJCZAK, M. - sous la direction de (2010), *Les compétences émotionnelles*, Paris, Dunod

MONTELLE, E. (2006), contes et ritournelle, Nantes, Gulf Stream Editeur

NELIS, D., Chapitre 3 : L'identification des émotions, *in* MIKOLAJCZAK M. - sous la direction de (2010a), *Les compétences émotionnelles*, Paris, Dunod

NELIS, D., Chapitre 4 : L'identification des émotions d'autrui, *in* M. MIKOLAJCZAK - sous la direction de (2010b), *Les compétences émotionnelles*, Paris, Dunod

NOUVEL, T. (2016), *Polyhandicap et citoyenneté, un défi pour tous*, UNAPEI, mars 2016

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) - Équipe Classification, Evaluation, Enquêtes et Terminologie (2000), *Classification Internationales du fonctionnement, du Handicap et de la santé*, Genève, CTNRHI

PIAGET, J. et INHELDER, B. (1947), *La représentation de l'espace chez l'enfant*, Paris, puf., 4e édition, 2e semestre, 1981

PIAGET, J et INHELDER, B (1966), *La psychologie de l'enfant*, Paris, Puf, 2006

PITTERI, F., (2000) Psychomotricité et personnes âgées pp.199-311 *in* POTEL C. (2010), *Psychomotricité entre théorie et pratique*, Paris, In Press Editions, 2010

POTEL, C. (2010), *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès, 2013.

PONSOT, G. (1995), *Le polyhandicap*, Paris, CTNERHI

PONSOT, G. et DENORMANDIE, P. (2005), *congrès polyhandicap* p.15-18, Paris, CTNRHI

PREMACK, D et WOODRUFF, G., Does the chimpanzee have a theory of mind? pp.515-526 *Behav Brain Sci* vol. 1, 1978.

PRIVAT, P. et QUELIN-SOULIGOUX, D. (2005), *Travailler avec les groupes d'enfants. Approche thérapeutique*, Paris, Dunod, 2007

PROPP, V. (1965), *Morphologie du conte*, Evreux, Seuil, 1970

RIBRAULT, A. et THOMASO, M., Douleur et polyhandicap : la reconnaître, savoir l'évaluer. Particularités de sa prise en soin pp.167-185 *in* PATTE K. et Al. - sous

la direction de (2014), *Le polyhandicap : de l'enfant à l'adulte*, Montpellier, Sauramps Medical

ROBERT-OUVRAY, S. (1997), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Broché, 2007

ROSEMBLUM, L. (2010), *See What I'm Saying : the extraordinary Powers of our Five Senses*, Washington, Norton

SCHERER, K.-R., Emotion as a multicomponent process : A model and some cross cultural data pp.37-63, *Review of personality and social psychology* n°5, 1984

STERN, D. (1977), *Mère-enfants, les premières relations*, Bruxelles, Mardaga

STERN, D. (2003), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, Puf

TISSERON, S. (2010) *L'empathie au coeur du lien social*, Paris, Albin Michel

TULVING, E. (1972), Episodic and semantic memory pp.381–402 in TULVING, E. and DONALDSON, W., *Organization of Memory*, New York: Academic Press.

VAN DEN BERG, M. (2000), *Contes et légendes Flandres, aux origines du mondes*, Flies France

WALLBOTT, H., Bodily expression of emotion pp.879-896, *European Journal of Social Psychology* n°28, 1998

WALLON, H. (1930), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, Puf, 1970

WINNICOTT, D. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot

WINNICOTT, D. (1971), *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Folio essais, 1975

Tables des matières

Remerciements	3
Avant-propos	4
Sommaire	5
Introduction	6
I. Champs théoriques	7
1. Le polyhandicap	7
1.1. Qu'est-ce qu'un handicap ?	7
1.2. Le polyhandicap	8
1.3. Les différentes étiologies	10
1.4. Les principales atteintes	11
1.5. La prise en soin du polyhandicap	13
1.6. La prise en soin du polyhandicap en psychomotricité	15
2. La médiation conte	16
2.1. La médiation thérapeutique	16
2.2. Le conte	17
2.3. Le dispositif de la médiation conte	20
3. La régulation émotionnelle	21
3.1. Le processus émotionnel	21
3.2. Le rôle des émotions dans la construction de soi	23
3.3. Identification des émotions personnelles	25
3.4. Identification des émotions d'autrui	26
3.5. La régulation émotionnelle	28
4. Conclusion	30
II. Expérience	31
1. Problématique	31
2. Hypothèses générales	31
3. Présentation de l'institution	33
4. Population	33
	92

4.1.	Critères d'inclusions et d'exclusions	34
4.2.	Recrutement des participants	34
4.3.	L'évaluation des participants	35
4.4.	Présentation des participants à l'atelier psychomoteur	35
5.	Protocoles	36
5.1.	Matériels utilisés	36
5.2.	Protocole d'évaluation	38
5.3.	Protocole de la prise en soin psychomotrice	40
6.	Hypothèses opérationnelles	32
7.	Résultats de l'expérience	41
7.1.	Résultats de l'évaluation de l'identification des émotions	41
7.1.1.	Résultat de H1 : effet de la variable groupe	42
7.1.2.	Résultat de H2 : effet de la variable temps	42
7.1.3.	Résultat de H3 : effet d'interaction groupe-temps	43
7.2.	Interprétation des résultats	44
7.2.1.	Ahmed	44
7.2.2.	Ophélie	46
7.3.	Validation des hypothèses	49
8.	Les impacts des biais de l'expérience sur l'évaluation	49
8.1.	Impacts des photographies	49
8.2.	Impacts des pictogrammes	50
8.3.	Impacts cognitifs	51
8.4.	Impacts des participants	52
8.5.	Impacts de la relation participants-expérimentateurs	52
9.	Conclusion	53
III.	Discussion	54
1.	L'influence de l'expression émotionnelle sur d'identification des émotions	54
1.1.	Observations cliniques	54
1.2.	Adaptation du test de motricité faciale de Kwint	57

1.3. Interprétation des résultats	58
2. Les outils thérapeutiques de la psychomotricité au service des compétences émotionnelles	60
2.1. Le dispositif groupal	60
2.2. La conscience corporelle	63
2.3. Les stimulations motrices et sensorielles	66
2.4. La mise en sens	71
3. L'effet de notre prise en soin sur la régulation émotionnelle	76
3.1. A court terme	77
3.2. A moyen terme	79
3.3. A long terme	81
4. Conclusion	83
Conclusion	85
Bibliographie	86
Tables des matières	92
Glossaire	I
Annexe 1 : Critères DSM-5 du handicap intellectuel	IV
Annexe 2 : Pictogrammes tirés du livret Makaton	VIII
Pictogramme joie	IX
Pictogramme colère	X
Pictogramme tristesse	XI
Pictogramme peur	XII
Annexe 3 : Photographies des émotions tirées du test d'Ekman	XIII
Visage colère homme	XIV
Visage joie femme	XV
Visage tristesse homme	XVI
Visage peur femme	XVII
Visage joie homme	XVIII
Visage colère femme	XIX

Visage peur homme	XX
Visage tristesse femme	XXI
Annexe 4 : Protocole d'évaluation de la reconnaissance des émotions	XXII
Annexe 5 : Contes	XXV
Conte joie : le petit garçon ambitieux (tiré du conte d'Edith Montelle)	XXVI
Conte peur : les trois petites poules (tiré du conte de Henry Cormeau)	XXVII
Conte tristesse : la neige et le vent (tiré du conte de Marcel Van Den Berg)	XXXI
Conte colère : la naissance du soleil, de la lune et des étoiles (tiré du conte de Jiri Serych)	XXIX

Glossaire

Ataxie : difficulté de coordination des mouvements due à une atteinte du système nerveux central sans atteinte de la force musculaire.

Apathie : État de fatigue et de mollesse accompagné d'une indifférence ou d'une absence d'émotion ou de désir.

Anoxie : Diminution importante de la quantité d'oxygène distribué par le sang aux tissus.

Décubitus latéral : se dit d'une posture où le corps est allongé horizontalement tourné sur le côté.

Dysmétrie : Trouble de la coordination du mouvement dans l'espace.

Dyschronométrie : Exécution avec retard des mouvements volontaires.

Echolalie : Répétition des mots entendus.

Échopraxie : Réplique presque identique et automatique des mouvements exécutés par une autre personne.

Embryo-foetopathie infectieuse : Maladie infectieuse provoquant une malformation du fœtus ou de l'embryon.

Flapping : Mouvement stéréotypé des mains s'apparentant à des secousses ou des mouvements de doigts.

Hypertonie : Augmentation de la résistance du muscle à son allongement passif.

Hypersynchrone : Caractérise une décharge électrique simultanée d'un groupe de neurones.

Hypotonie : Diminution de la résistance d'un muscle à son allongement passif.

Hypotonie axiale : Concerne une baisse du tonus musculaire autour de la colonne vertébrale.

Instrumentation : Capacité à comprendre le principe de cause à effet et à l'appliquer.

Latéralité : Préférence pour l'utilisation d'un membre plutôt qu'un autre (droit ou gauche).

Maladie métabolique : Affection due à une perturbation des réactions biologiques des cellules de l'organisme.

Mémoire épisodique : mémoire des événements personnellement vécus dans leur contexte spatio-temporel, affectif et émotionnel d'acquisition.

Morphogenèse : Développement progressif des organes au cours de la vie embryonnaire.

Nociception : Perception des stimulations génératrices de douleur.

Noyau gris centraux : Structures cérébrales intervenant dans les fonctions cognitives comme l'attention, la motivation, la mémoire de travail et le contrôle de certaines actions.

Paralyse : Diminution ou abolition de la possibilité d'effectuer un mouvement (motricité).

Parésie : Diminution de la possibilité d'effectuer un mouvement (motricité).

Paresthésie : Altération de la sensibilité qui donne une impression de fourmillement.

Postures : Position adoptée par une personne.

Praxie : Geste orienté vers un but.

Réflexe Ostéo-tendineux : Réaction automatique d'un muscle déclenchée par l'étirement de celui-ci.

Schème de base : Se dit de la plus petite unité motrice structurante du corps. Il s'agit d'un schème d'enroulement.

Schème moteur : Ensemble de mouvements organisés

Spasticité : Augmentation exagérée et permanente du tonus musculaire d'un muscle au repos.

Sphère oro-bucale : Zone du corps regroupant la bouche et les lèvres.

Sympathie : Capacité à entrer en résonance avec l'émotion d'autrui.

Syndrome dysmorphique : Anomalie de la forme d'un organe.

Valence : Qualité d'un stimulus en termes d'agréabilité ou de désagréabilité.

**Annexe 1 : Critères DSM-5 du handicap
intellectuel**

Tableau 1. Niveaux de sévérité du handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel)

Niveau de sévérité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger	<p>Chez les enfants d'âge préscolaire, il peut ne pas y avoir de différence évidente au plan intellectuel. Pour les enfants d'âge scolaire et les adultes, il existe des difficultés à acquérir des compétences scolaires telles que la lecture, l'écriture, le calcul, l'apprentissage de l'heure, la valeur de l'argent, avec besoin d'aide dans un ou plusieurs domaines pour satisfaire aux attentes en rapport avec l'âge. Chez l'adulte, l'abstraction, les fonctions exécutives (c.-à-d. planification, élaboration de stratégies, classement par priorité, flexibilité cognitive), la mémoire à court terme tout autant que l'utilisation des compétences scolaires (p. ex. lecture, gestion de l'argent) sont altérées. Il existe une approche plutôt concrète des problèmes et des solutions par rapport aux adultes du même âge.</p>	<p>Par rapport aux adultes du même âge, le sujet est immature dans ses interactions sociales. Par exemple, il peut avoir des difficultés à percevoir avec acuité les codes sociaux. La communication, la conversation, le langage sont plus concrets ou immatures que ce qui est attendu pour l'âge. Il peut y avoir des difficultés à contrôler l'émotion et le comportement de façon appropriée à l'âge ; ces difficultés sont remarquées par les autres dans la vie sociale. Le sujet a une compréhension limitée des risques dans les situations sociales ; son jugement y est immature, et il court le risque d'être manipulé par les autres (crédulité).</p>	<p>Le sujet peut agir de manière appropriée à son âge pour les soins personnels. Il nécessite cependant, plus que ses pairs, une assistance pour les tâches plus complexes de la vie quotidienne. À l'âge adulte, les aides concernent surtout les achats alimentaires, les transports, la prise en charge des enfants et de la maison, la préparation de repas équilibrés, la gestion des comptes et de l'argent. L'aptitude aux loisirs est peu différente des sujets du même âge, bien que l'appréciation des aspects relatifs au bien-être et à l'organisation durant les distractions nécessite une aide. À l'âge adulte, le sujet peut réussir à trouver un emploi en milieu normal mais dans des fonctions qui ne mettent pas en avant les compétences intellectuelles. Ces personnes ont généralement besoin d'aide pour prendre des décisions médicales et légales, et pour pouvoir mettre à profit avec compétence une formation professionnelle. Un soutien est habituellement nécessaire pour élever une famille.</p>

Suite

Niveau de sévérité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Moyen	<p>Tout au long du développement, les capacités intellectuelles du sujet restent largement en deçà de celles de ses pairs. Pour les enfants non encore scolarisés, le langage et les compétences préscolaires se développent lentement. Pour les enfants scolarisés, les acquisitions en lecture, écriture, calcul, la compréhension de l'heure et la gestion de l'argent progressent lentement au fil des années de scolarité mais sont manifestement limitées par rapport aux autres élèves. Chez les adultes, le développement des capacités intellectuelles reste manifestement à un niveau élémentaire, et une aide est nécessaire pour toute application des apprentissages scolaires dans le monde du travail ou la vie personnelle. Une assistance au long cours est requise pour mener à bien des tâches conceptuelles du quotidien, et il peut s'avérer nécessaire que d'autres en assurent la pleine responsabilité à la place du sujet.</p>	<p>Le sujet, au cours de son développement, montre de grandes différences par rapport aux autres dans la communication et les comportements sociaux. Le langage parlé reste d'évidence le premier moyen de communication mais à un niveau de complexité nettement inférieur à celui des pairs. La capacité de lier des relations est manifeste avec la famille et des amis ; le sujet peut même au cours de sa vie arriver à établir des relations amicales durables voire des relations amoureuses à l'âge adulte. Cependant, les sujets peuvent ne pas percevoir ou interpréter avec finesse les codes sociaux. Le jugement social et les capacités décisionnelles sont limités et des aidants doivent assister la personne dans les décisions importantes de la vie. Les relations amicales avec des pairs non handicapés sont souvent affectées par une communication et une sociabilité limitées. Une aide soutenue, tant au niveau social que relationnel, est nécessaire pour réussir dans le monde du travail.</p>	<p>Le sujet arrivé à l'âge adulte peut assurer ses besoins personnels pour ce qui est de la nourriture, de l'habillement, de l'élimination sphinctérienne, de la toilette, bien qu'une période prolongée d'éducation pour accéder à l'autonomie dans ces domaines soit nécessaire et que des rappels soient parfois indispensables. De même, la participation à toutes les tâches domestiques peut être acquise à l'âge adulte, bien qu'une période prolongée d'éducation soit nécessaire et que des aides suivies soient typiquement indispensables pour accéder à un niveau de performance adulte. Un travail autonome dans des emplois requérant des aptitudes intellectuelles et de communication limitées peut être exercé mais un soutien considérable de la part des collègues de travail, de l'encadrement et des autres est nécessaire pour satisfaire aux attentes sociales, aux difficultés du travail et aux exigences annexes telles que les horaires, les transports, les soins, la gestion de l'argent. La personne peut accéder à des activités de loisirs variées. Cela bien sûr requiert une aide complémentaire et des possibilités d'accès à l'apprentissage sur une période plus longue. Pour une minorité significative, un comportement inadapté est la cause de problèmes sociaux.</p>

Niveau de sévérité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Grave	L'acquisition des compétences conceptuelles est limitée. Le sujet a habituellement peu de compréhension du langage écrit et des notions impliquant des nombres, des quantités, le temps et l'argent. Les aidants doivent fournir une aide substantielle pour résoudre les problèmes tout au long de la vie.	Le langage parlé est assez limité en termes de vocabulaire et de grammaire. Le discours peut se résumer à des mots ou phrases simples et être complété par des moyens de suppléance. Le discours et la communication sont centrés sur « l'ici et le maintenant » des événements quotidiens. Le langage est plus utilisé à des fins de communication sociale qu'à de l'explication. Les sujets comprennent un discours simple et la communication gestuelle. Les relations avec les membres de la famille et des proches sont une source de plaisir et d'aide.	Le sujet a besoin d'aide pour toute activité du quotidien, ce qui inclut les repas, l'habillage, la toilette, l'élimination. Il nécessite une surveillance de tous les instants. La personne ne peut pas prendre de décisions responsables concernant son bien-être ou celui des autres. À l'âge adulte, la participation à des tâches ménagères, aux distractions et au travail requiert une aide et une assistance permanentes. L'acquisition de compétences en tout domaine nécessite un enseignement prolongé et une aide constante. Un comportement inadapté, incluant l'auto-agressivité, est présent chez une minorité significative de sujets.
Profond	Les compétences intellectuelles sont essentiellement centrées sur le monde physique plutôt que sur le monde symbolique. Le sujet peut utiliser des objets de façon appropriée pour prendre soin de lui, travailler ou se distraire. Quelques compétences visuospatiales, comme assortir et trier des objets selon leurs caractéristiques physiques, peuvent être acquises. Cependant, des déficits sensori-moteurs associés peuvent interdire l'utilisation des objets.	Le sujet a une compréhension très limitée de la communication symbolique, qu'elle soit orale ou gestuelle. Il peut comprendre des instructions ou des gestes simples. La personne exprime très largement ses désirs et ses émotions dans la communication non verbale et non symbolique. Elle trouve du plaisir dans les relations avec les membres de sa famille qu'elle connaît bien, les soignants, les proches, et amorce ou répond aux interactions sociales par des signes gestuels ou émotionnels. Des déficits sensori-moteurs associés peuvent interdire un grand nombre d'activités sociales.	Le sujet est dépendant des autres pour tous les aspects du soin quotidien, de sa santé et de sa sécurité bien qu'il puisse aussi être capable de participer à quelques-unes de ces activités. Les individus indemnes d'atteintes physiques graves peuvent aider à certaines tâches domestiques du quotidien, comme servir à table. Des actions simples utilisant des objets peuvent servir de base de participation à des activités professionnelles qui nécessitent néanmoins de hauts niveaux d'assistance soutenue. Les activités de loisirs comprennent le plaisir à écouter de la musique, regarder des films, se promener, participer à des activités aquatiques, toujours avec un soutien extérieur. Des déficits physiques et sensoriels associés sont de fréquentes entraves à la participation (au-delà d'observer), à ces activités domestiques, de loisirs ou professionnelles. Un comportement inadapté est présent chez une minorité significative.

Annexe 2 : Pictogrammes tirés du livret

Makaton

Pictogramme joie



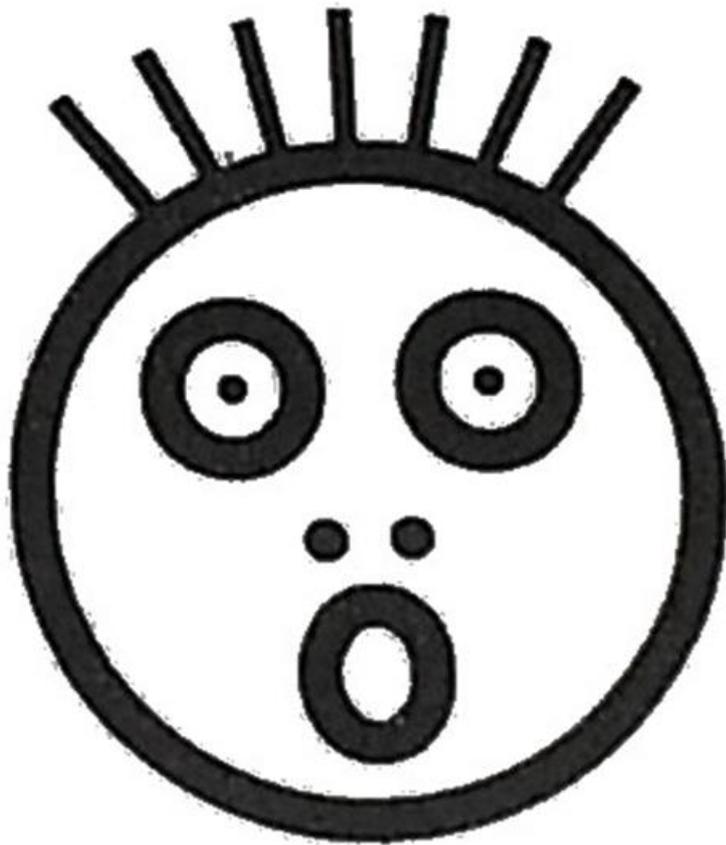
Pictogramme colère



Pictogramme tristesse

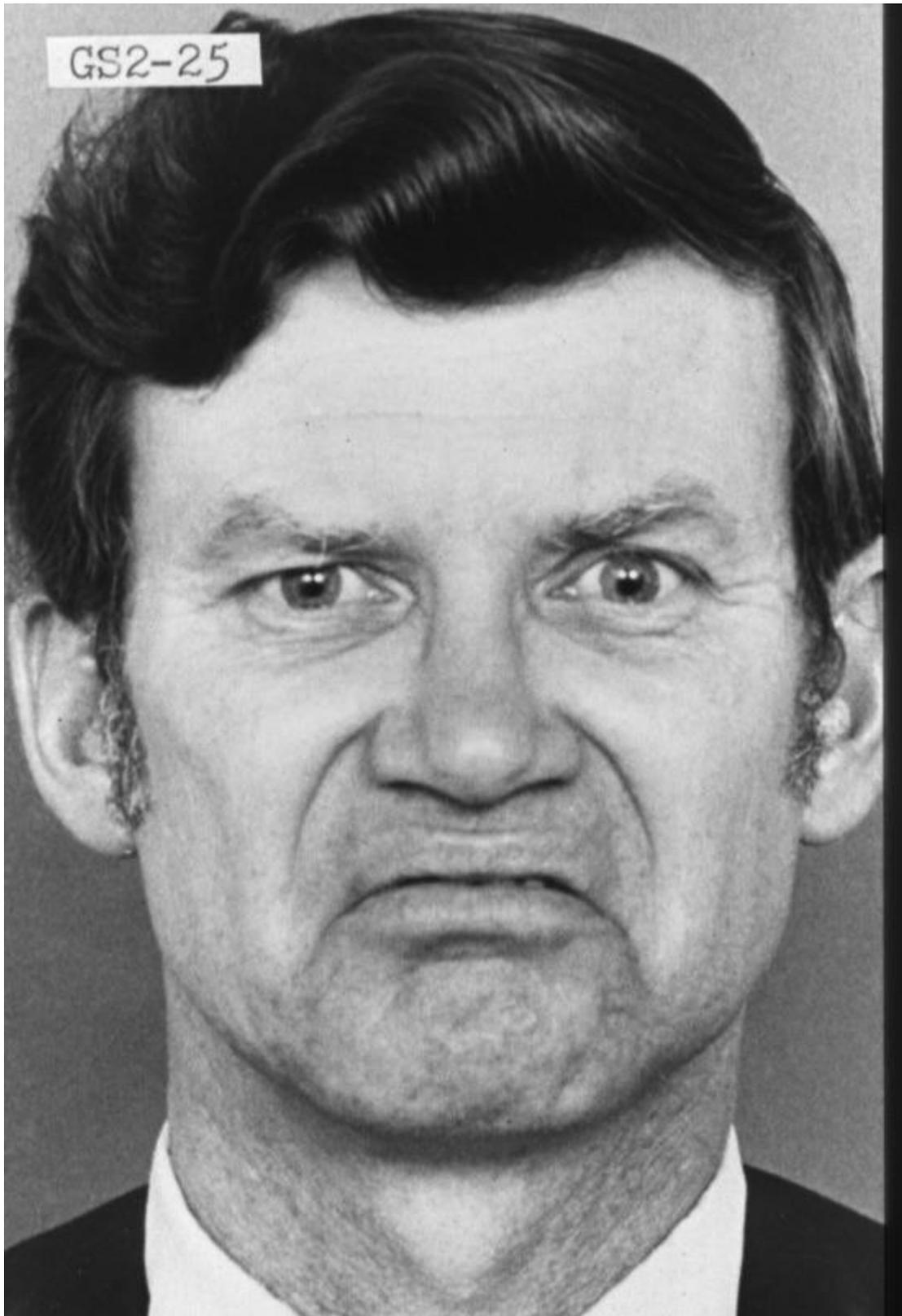


Pictogramme peur



Annexe 3 : Photographies des émotions tirées
du test d'Ekman

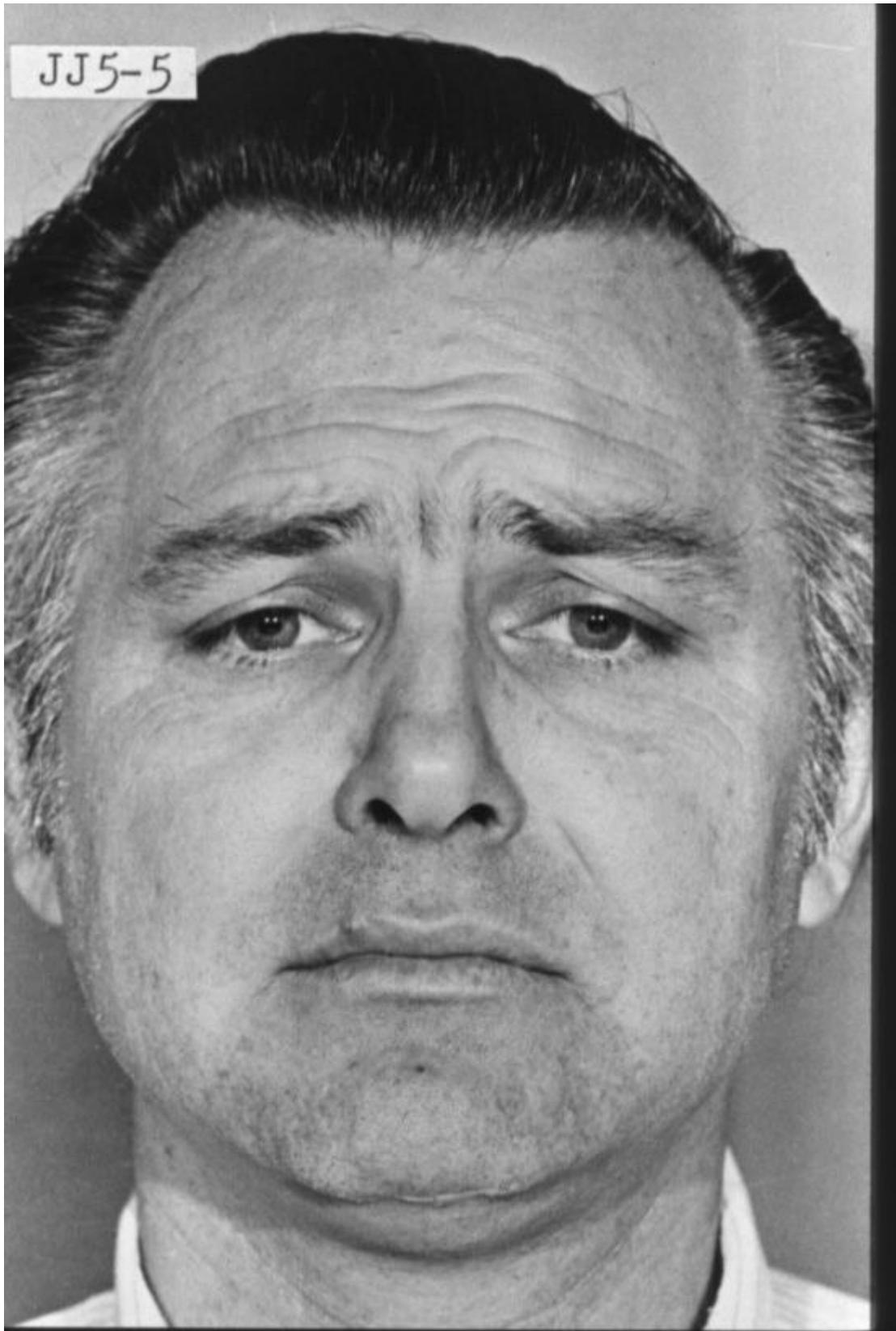
Visage colère homme



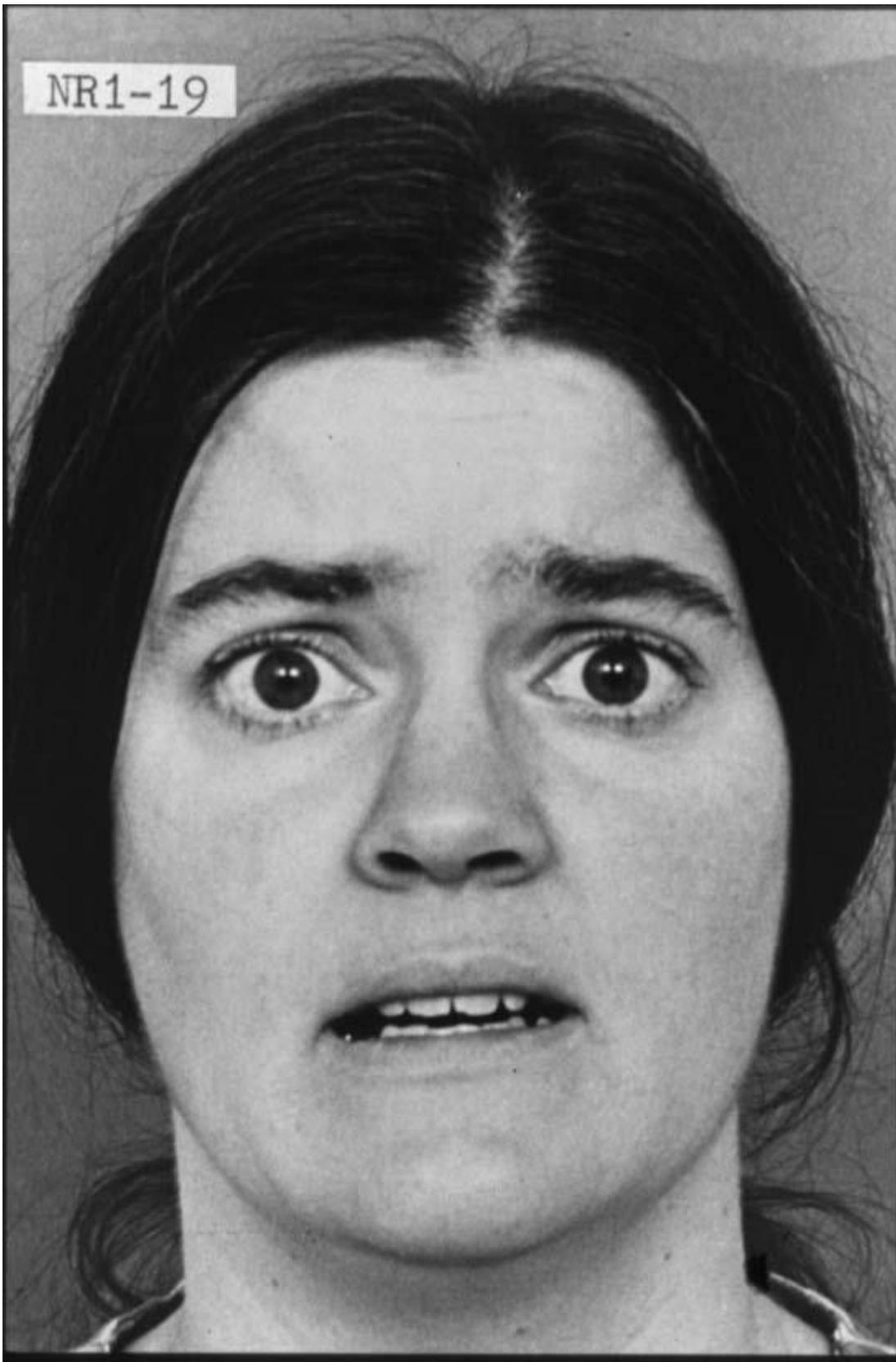
Visage joie femme



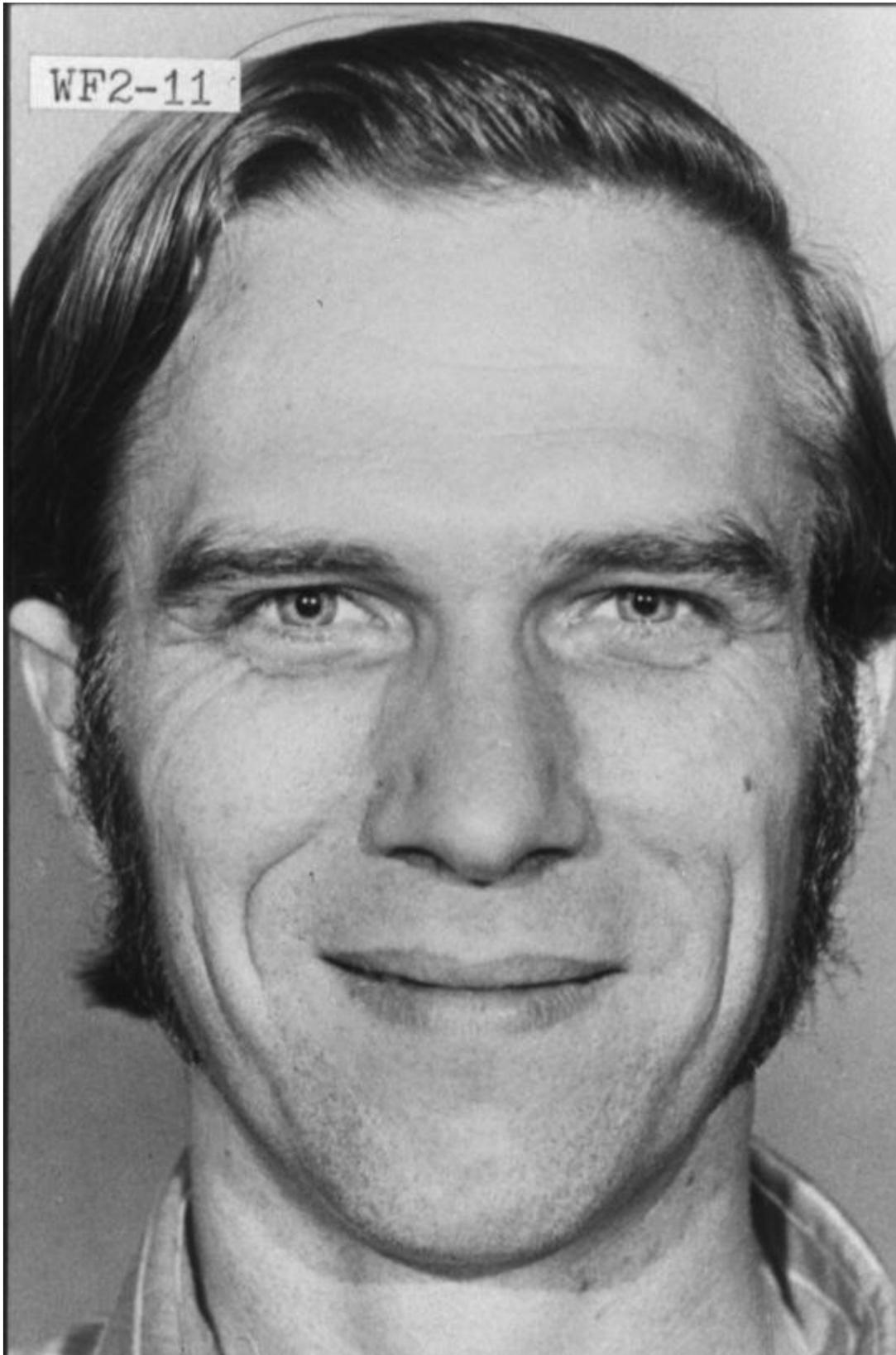
Visage tristesse homme



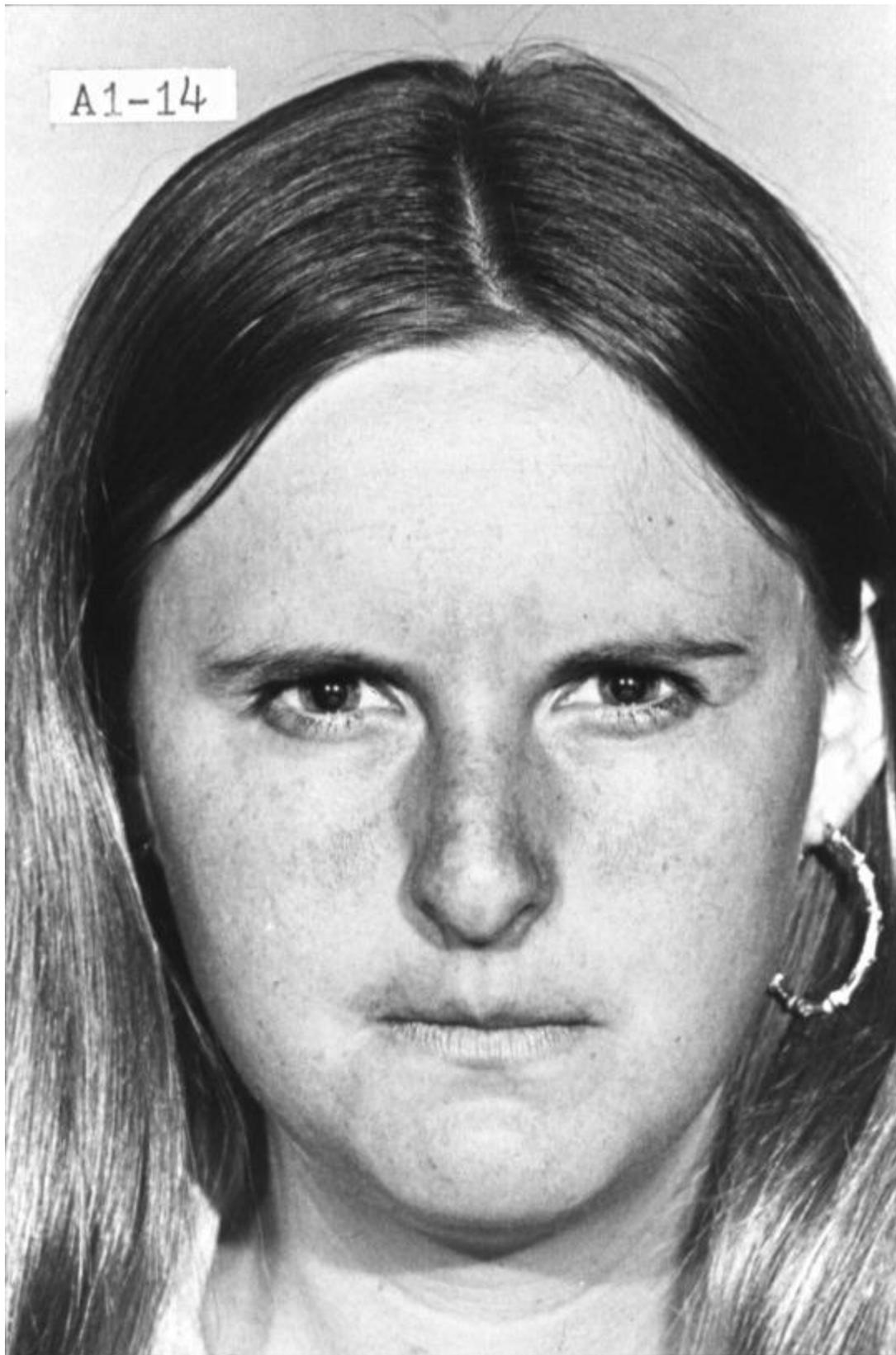
Visage peur femme



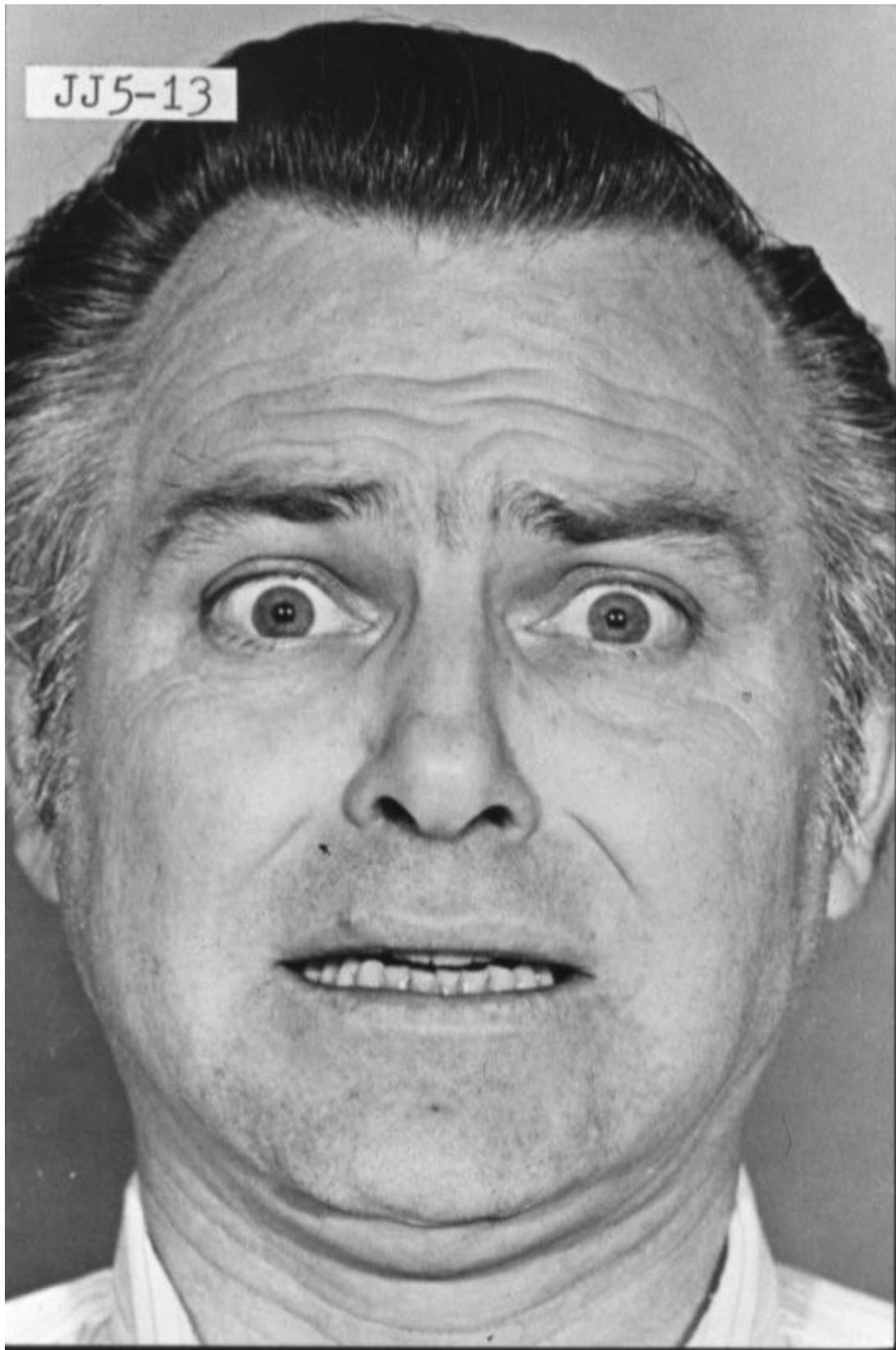
Visage joie homme



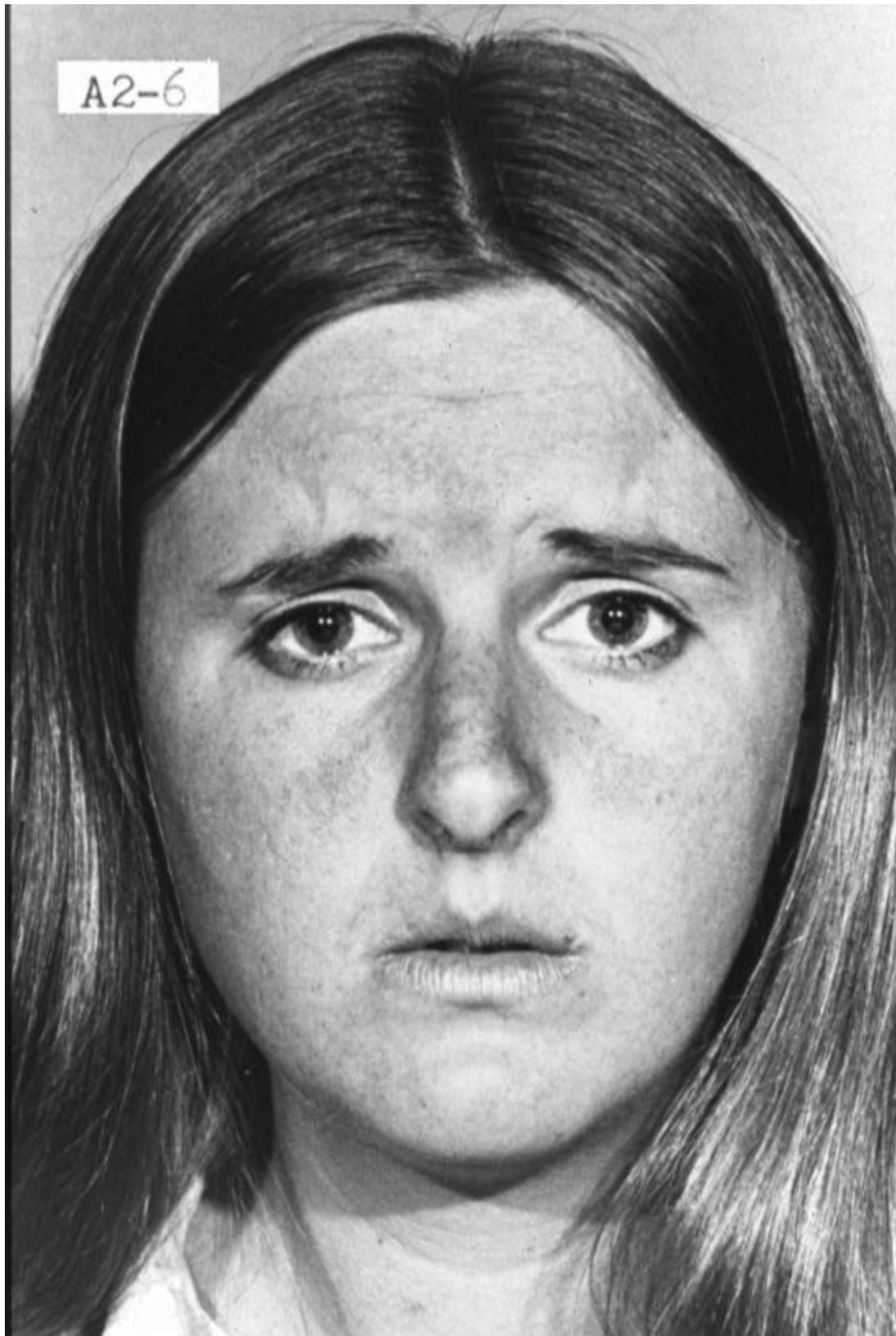
Visage colère femme



Visage peur homme



Visage tristesse femme



**Annexe 4 : Protocole d'évaluation de la
reconnaissance des émotions**

TEST DE RECONNAISSANCE DES ÉMOTIONS

Explication des pictogrammes du test :

1- Montrer le pictogramme **joie**

Dire : « ce pictogramme représente la joie. La joie c'est quand tu es content, quand tu passes une bonne journée, quand par exemple tu apprends une bonne nouvelle »

2- Montrer le pictogramme **colère**

Dire : « ce pictogramme représente la colère. La colère c'est quand tu n'es pas content, quand il se passe quelque chose qui ne t'as pas plu, qui t'énerves, par exemple quand quelqu'un t'embête »

3- Montrer le pictogramme **tristesse**

Dire : « ce pictogramme représente la tristesse. La tristesse c'est quand tu es malheureux, quand tu as du chagrin. Tu peux avoir envie de pleurer, par exemple quand tu perds quelqu'un »

4- Montrer le pictogramme **peur**

Dire : « ce pictogramme représente la peur. La peur c'est quand quelque chose t'effraie, quand tu es angoissé pour quelque chose. Par exemple quand tu as l'impression que tu vas tomber »

Garder le pictogramme à hauteur de torse tout le temps de l'explication puis le poser sur la table face au participant en partant de la gauche. Les quatre pictogrammes sont répartis sur la table de gauche à droite dans le champ visuel du participant.

Reconnaissance des émotions

Dire :

« Maintenant, je vais te montrer des photos de visages qui expriment une de ces émotions. Tu vas fixer le pictogramme correspondant à l'émotion de la photo que je te montre.

- Si tu penses que la personne est **contente**, tu regardes le pictogramme de la joie. Montre-moi comment tu fais.
- Si tu penses que la personne est **fâchée**, tu regardes le pictogramme de la colère. Montre-moi comment tu fais.
- Si tu penses que la personne est **triste**, tu regardes le pictogramme de la tristesse. Montre-moi comment tu fais.
- Enfin, si tu penses que la personne a **peur**, tu regardes le pictogramme de la peur. Montre-moi comment tu fais »

Garder la photo à hauteur de torse le temps que le participant fixe un pictogramme de manière continu pendant au minimum 3 secondes.

Réponse des participants : fixation du regard sur le pictogramme (3 secondes)

Pictogrammes	joie	colère	tristesse	peur	Note
Colère homme					/1
Joie femme					/1
Tristesse homme					/1
Peur femme					/1
Joie homme					/1
Colère Femme					/1
Peur homme					/1
Tristesse femme					/1
Total					/8

Annexe 5 : Contes

Conte joie : le petit garçon ambitieux (tiré du conte d'Edith Montelle)

Il était une fois, un petit garçon ambitieux. Il voulait devenir le plus grand et le plus fort. Alors qu'il se promenait un jour de beau temps, il sentit le soleil réchauffer toutes les parties de son corps. Il sentit la chaleur du soleil sur sa main, son bras, sa tête, son torse, son ventre, ses jambes, ses pieds. Il se dit : «comme le soleil est fort et puissant ! Si le soleil peut réchauffer la terre, alors je veux devenir ce soleil».

Et, il devint le soleil. Il était tellement heureux.

De là-haut, il voyait les champs, il pouvait les toucher du bout de ses rayons (doigts) et sentait la douceur des brins d'herbe. Il aperçut des milliers de fleurs : des roses, des rouges, des jaunes, des oranges, des bleues. Autant de couleurs qu'il aimait regarder. Il vit des rivières et entendait l'eau clapoter. Et puis un jour un nuage vint cacher ce beau paysage. Le petit garçon devenu soleil se dit alors «Mais si le nuage est plus fort que le soleil, alors je veux devenir ce nuage !»

Et, il devint le nuage. Il était tellement heureux.

Devenu nuage, l'enfant pouvait voler à travers le ciel, il sentait l'air passer sur chaque partie de son corps. Il pouvait aller très vite ou très doucement. Et puis, un jour il s'accrocha à une montagne. Le petit garçon se dit «Oh ! Que la montagne est forte et puissante ! Si elle est plus forte que le nuage qui lui-même était plus fort que le soleil, alors je veux devenir cette montagne !»

Et, il devint la montagne. Il était tellement heureux.

Le petit garçon devenu montagne sentait les animaux courir sur ses flancs. Il sentait les animaux lui grimper dessus, marcher dessus. Il sentait rouler les pierres d'un côté puis de l'autre. Et puis un jour, il entendit un bruit. Quelque chose tapotait à ses pieds. Il vit un petit garçon, comme lui avant qu'il devienne un soleil, un nuage et une montagne. Et il se dit que si le petit garçon était assez fort pour ébranler la montagne qui elle-même était plus forte que le nuage et que le soleil. Alors, il deviendrait à nouveau un petit garçon.

Et, il redevint un petit garçon et le resta toujours. Il fut heureux.

Conte peur : les trois petites poules (tiré du conte de Henry Cormeau)

Il était une fois, trois petites poules : une poule noire, une poule grise et une poule blanche, qui voulaient construire une maison pour se protéger du loup.

La petite poule noire était très riche, elle avait assez d'argent pour construire sa maison en métal : le zinc. Ce métal était lourd, froid, lisse mais aussi très solide. Elle construisait sa maison en commençant par faire un mur devant, un mur à droite, un mur à gauche, un mur derrière et finit par mettre le toit. Puis, elle se blottit dans un coin de sa maison et attendit que le loup approche. Quand tout à coup :

- «Toc, Toc, Toc»
- «Qui est là ?» demande la petite poule noire, apeurée.
- «C'est moi le compère le loup ! Ouvre-moi la porte petite poule noire !»
- «Certainement pas ! Si je vous ouvre vous me mangerez !»
- «Si tu ne m'ouvres pas, je vais péter, vesser, ruer ! Je détruirai ta maison et je te mangerai ! »

Elle se blottit encore plus contre le mur, elle avait tellement peur, mais ne bougea pas. Alors le loup se mit à péter, vesser, ruer. Il abattit la maison en métal et mangea la petite poule noire.

De son côté, la petite poule grise n'était pas très riche, elle construisait sa maison avec du bois. C'est un matériau moins lourd que le métal et plus chaud, mais tout aussi lisse, dur et solide. Elle commença par faire un mur devant, un mur à droite, un mur à gauche, un mur derrière et finit par mettre le toit. Puis, elle se blottit à l'intérieur et attendit. Quand tout à coup :

- «Toc, Toc, Toc»
- «Qui est là ?» demande la petite poule grise, apeurée.
- «C'est moi le compère le loup ! Ouvre-moi la porte petite poule grise !»
- «Certainement pas ! Si je vous ouvre vous me mangerez !»
- «Si tu ne m'ouvres pas, je vais péter, vesser, ruer ! Je détruirai ta maison et je te mangerai ! »

Elle se blottit encore plus contre le mur, elle avait tellement peur, mais ne bougea pas. Alors le loup se mit à péter, vesser, ruer. Il abattit la maison en bois et mangea la petite poule grise.

Enfin, la petite poule blanche, elle, était très pauvre. Elle n'avait pas assez d'argent pour s'acheter du bois ou du métal. Elle construisit donc sa maison avec ce qu'elle trouva près d'elle : du riz. Elle battit un mur devant, un mur à droite, un mur à gauche, un mur derrière et finit par mettre le toit. Puis elle se blottit à l'intérieur et attendit. Quand tout à coup :

- «Toc, Toc, Toc»

- «Qui est là ?» demande la petite poule blanche, apeurée.

- «C'est moi le compère le loup ! Ouvre-moi la porte petite poule blanche !»

- «Certainement pas ! Si je vous ouvre vous me mangerez !»

- «J'ai déjà abattu la maison en bois de la petite poule grise et la maison en métal de la petite poule noire. Si tu ne m'ouvres pas, je vais péter, vesser, ruer ! Je détruirai ta maison et je te mangerai !»

Elle se blottit encore plus contre le mur, elle avait tellement peur, mais ne bougea pas. Alors le loup voulut péter, vesser, ruer. Mais, il se piqua les fesses avec les grains de riz. Il eut tellement mal qu'il partit très loin et ne revint jamais, laissant la petite poule blanche saine et sauve qui n'aura plus jamais à craindre le loup.

Conte colère : la naissance du soleil, de la lune et des étoiles (tiré du conte de Jiri Serych)

Il y a très très longtemps, le ciel était très bas, si bas qu'on pouvait le toucher avec la main. Il n'y avait ni le soleil, ni la lune, ni les étoiles qui scintillent dans le ciel. Les branches et les feuilles des arbres touchaient le ciel ce qui obligeait les oiseaux à sauter d'arbre en arbre.

Il n'y avait pas beaucoup d'êtres humains. Parmi eux, il y avait un homme et une femme qui étaient très travailleurs. Ils travaillaient tous les jours du matin au soir. Le soir quand ils rentraient chez eux, ils préparaient leur repas. L'homme pilait le riz dans un mortier et la femme y ajoutait des ingrédients.

Un soir, alors qu'ils avaient travaillé dur du matin au soir, qu'ils avaient très faim et étaient très fatigués, ils se dépêchèrent de préparer à manger. L'homme jeta du riz dans le mortier et commença à le piler. Pendant ce temps, la femme préparait les autres ingrédients et allumait le feu. L'homme se dépêchait de piler le riz car il avait faim. Il le pilait vite et fort. Mais le ciel qui était si bas le gênait pour piler son riz. Alors l'homme s'énervait contre le ciel et criait : «Ciel tu es trop bas, tu me gêne ! Eloigne toi que je puisse piler mon riz !». Mais le ciel ne bougeait pas.

Le soir suivant, alors qu'ils avaient travaillé dur du matin au soir, l'homme et la femme avaient très, très faim et étaient très, très fatigués. Alors ils se dépêchèrent de préparer à manger. L'homme jeta du riz dans le mortier et commença à le piler. Pendant ce temps, la femme préparait les autres ingrédients et allumait le feu. L'homme se dépêchait de piler le riz car il avait faim. Il le pilait vite, et fort. Mais le ciel qui était si bas, le gênait toujours pour piler son riz. Alors l'homme s'énervait encore contre le ciel et criait : «Ciel tu es trop bas, tu me gêne ! Eloigne toi que je puisse piler mon riz !». Mais le ciel ne bougeait pas. Alors l'homme s'énervait. Il pilait son riz de plus en plus vite et de plus en plus fort et son pilon tapait contre le ciel.

Le soir suivant, alors qu'ils avaient travaillé très dur du matin au soir. Ils avaient très, très faim et été très, très fatigués. Alors ils se dépêchèrent de préparer à manger comme les soirs d'avant. L'homme jeta du riz dans le mortier et commença à le piler.

Pendant ce temps, la femme préparait les autres ingrédients et allumait le feu. L'homme se dépêchait de piler le riz car il avait faim. Il le pillait vite, et fort. Mais le ciel qui était si bas, le gênait pour piler son riz. Alors l'homme s'énervait contre le ciel et criait : «Ciel tu es trop bas, tu me gêne ! Eloigne toi que je puisse piller mon riz !». Mais le ciel ne bougeait pas. Alors l'homme s'énervait.

Il pilait son riz de plus en plus vite et de plus en plus fort et son pilon tapait contre le ciel. Il tapa si vite et si fort que le ciel s'éleva très haut en emportant avec lui le feu qu'avait allumé la femme. Le feu se divisa dans le ciel pour former le soleil, la lune et les étoiles.

C'est depuis ce jour-là, que le ciel est très haut avec lui le soleil, la lune et les étoiles, et que les oiseaux peuvent voler d'arbres en arbres.

Conte tristesse : la neige et le vent (tiré du conte de Marcel Van Den Berg)

Quand il eut tout créé, le bon Dieu coloria les choses et les animaux. Il n'y eut qu'à la neige et au vent qu'il ne donna pas de couleur. Elles étaient arrivées en retard. Alors Dieu leur dit : «Allez demander aux choses leur couleur. Moi je ne peux plus rien pour vous». Alors la neige partit à la recherche d'une couleur.

Elle rencontra une jolie fleur rouge, du nom de coquelicot, et lui dit :

- «Oh coquelicot, que ta couleur est jolie ! J'aime tellement ce rouge. Veux-tu bien me prêter ta couleur ?»

Et le coquelicot répondit :

- «Sûrement pas ! C'est ma couleur. Va-t'en. Demande une couleur à quelqu'un d'autre.»

Alors, la neige était si triste, qu'elle se mit à pleurer, pleurer, pleurer.

Puis elle décida d'aller rencontrer une autre fleur, une fleur bleue, du nom de Bleuet. Elle lui dit :

- «Oh bleuet, que ta couleur est jolie ! J'aime tellement ce bleu. Veux-tu bien me prêter ta couleur ?»

Et le bleuet répondit :

- «Sûrement pas ! C'est ma couleur. Vas-t'en. Demande une couleur à quelqu'un d'autre.»

Alors, la neige était si triste, qu'elle se mit à pleurer, pleurer, pleurer.

Puis elle décida d'aller rencontrer une autre fleur, une fleur jaune, du nom de Tournesol. Elle lui dit :

- «Oh Tournesol, que ta couleur est jolie ! J'aime tellement ce jaune. Veux-tu bien me prêter ta couleur ?»

Et le tournesol répondit :

- «Sûrement pas ! C'est ma couleur. Vas-t'en. Demande une couleur à quelqu'un d'autre.»

Alors, la neige était si triste, qu'elle se mit à pleurer, pleurer, pleurer. Elle pleura des jours et des jours. Et, un jour qu'elle était si désespérée, elle rencontra une jolie fleur blanche, le perce-neige.

Elle lui dit :

- «Oh perce-neige, que ta couleur est jolie ! J'aime tellement ce blanc. Veux-tu bien me prêter ta couleur ?»

Et le perce-neige répondit :

- «Oh ! Je suis si content que ma couleur te plaise ! Bien sur que je veux bien te la prêter.»

Depuis ce jour, la neige est blanche et recouvre chaque hiver toutes les fleurs de la terre, sauf le perce-neige. Le vent, quant à lui, n'a trouvé personne pour lui prêter sa couleur. Alors, il erre sur terre sans se montrer.

RESUME

Comprendre qu'une personne éprouve de la tristesse, de la joie, de la colère ou de la peur rien qu'en observant ses mimiques faciales est une compétence que nous utilisons en permanence. Or, cette capacité peut être mise à mal chez des personnes dont les capacités motrices et sensorielles sont altérées. Comment évaluer ces difficultés chez des personnes en situation de polyhandicap ? Quelles répercussions cela peut-il avoir dans leur quotidien ? Et, comment une prise en soin en psychomotricité, axée autour de la médiation conte, permet-elle d'améliorer ces capacités ? Telles sont les questions que nous avons tenté d'éclaircir dans ce mémoire.

Mots clés : psychomotricité – polyhandicap – adulte – émotions – évaluation – prise en soin psychomotrice – médiation thérapeutique – conte

SUMMARY

The reading of facial expressions is a major skill that constantly use to know if someone feels sad, happy, angry or afraid. However, this ability can be altered for people suffering from motor or sensor diseases. How can we evaluate these difficulties for patients with multiple disabilities? What could be the consequences on their everyday life ? And finally, how a psychomotor therapy, based on tale mediation, could improve these damaged abilities? These are the questions we have attempted to elucidate in this report.

Keywords: psychomotricity – multiple-disabilities – adult – emotions – evaluation – psychomotor therapy – therapeutic mediation – tale