Le jeu, une médiation psychomotrice pour la construction psychocorporelle d'une enfant infirme moteur d'origine cérébrale

Juliette Guezennec

▶ **To cite this version:**

Juliette Guezennec. Le jeu, une médiation psychomotrice pour la construction psychocorporelle d'une enfant infirme moteur d'origine cérébrale. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01615521

HAL Id: dumas-01615521

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615521

Submitted on 12 Oct 2017

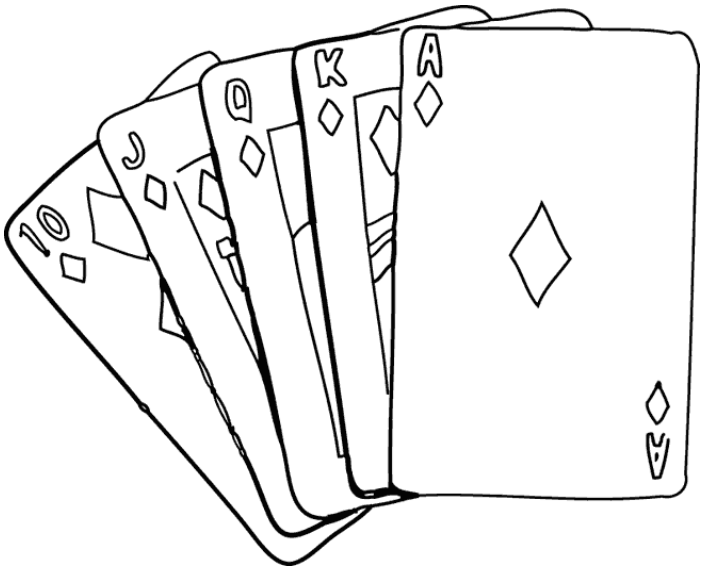
HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

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, Bd de l'Hôpital – 75634 Paris Cedex 14

Le jeu, une médiation psychomotrice pour la construction psychocorporelle d'une enfant infirme moteur d'origine cérébrale.

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



Référent de mémoire :

Mr Bonnotte

Session Juin 2017

REMERCIEMENTS

A mon maître de mémoire, Laurent BONNOTTE, pour ses conseils, son investissement et ses remarques constructives tout au long de la réalisation de ce mémoire.

A Pauline CUSSAC, pour m'avoir accueillie et accompagnée tout au long de ce stage formateur et enrichissant.

A Stéphanie COUTURIER, une belle rencontre inspirante tant au niveau professionnel qu'humain. Merci de m'avoir donné confiance en moi.

A Ibukun, merci pour ton soutien, ton amour et tes encouragements dans mes moments de doute.

A ma famille, un énorme merci pour votre présence, votre soutien infaillible et votre affection. Merci de m'avoir permis d'en arriver là aujourd'hui. Je vous dois beaucoup.

A Eva, Sophie, Julie et Ambre, pour ces trois années passées à vos côtés. Nos souvenirs communs me donnent le sourire.

A celui, qui m'a redonné la vie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 6

Première partie : **Une enfant infirme moteur d'origine cérébrale en Institut d'Education Motrice**

I. PRESENTATION DE L'INSTITUTION 9
1. La société Philanthropique 9
2. Les principales actions 9
3. La population 10
4. Admissions et projet de soins personnalisé au sein de l'établissement 10
5. La répartition des espaces 11
6. Les soins thérapeutiques et rééducatifs 12
7. La place de la psychomotricité dans l'institution 12

II. L'INFIRMITE MOTRICE D'ORIGINE CEREBRALE 13
1. La paralysie cérébrale 13
a) L'infirmité motrice cérébrale 14
b) Le polyhandicap 14
2. Définition de l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) 15
3. Les principales causes 15
4. Les troubles neuromoteurs 17
a) L'aspect fonctionnel des atteintes 17
b) La topographie des atteintes 19
5. Les troubles associés 20
6. Les appareillages et interventions chirurgicales 24
7. Un syndrome particulier : Sjögren Larson 25
a) Définition 25
b) La prise en charge 27

III. A LA RENCONTRE DE NOEMIE 27
1. Ma première rencontre avec Noémie 27
2. Anamnèse 29
3. Bilan psychomoteur 31
4. Le projet thérapeutique au sein de l'institution 35
5. Le projet thérapeutique en psychomotricité 36
IV. LA CONSTRUCTION PSYCHOCORPORELLE 36
1. La construction psychocorporelle 36
a) L'adhésivité normale 37
b) Les identifications intracorporelles 38
c) Contenance et boucle de retour 39
d) Projection et confusion 39
e) Individuation et séparation 40
f) Les castrations symboligènes 40
2. Et chez l'enfant paralysé cérébral ? 41
a) Conscience et sentiment de soi endommagés 41
b) Une grande dépendance 43
V. LA PRISE EN SOINS EN PSYCHOMOTRICITE 44
1. Les séances avec la psychomotricienne 44
2. Les séances en ma présence 44
3. La création d'une nouvelle histoire : Léa et Sophie 44

Deuxième partie : **Le jeu avec Noémie**

I. LES DEFINITIONS DU JEU 47
1. Une activité créatrice et une quête de soi 47
2. Un processus de subjectivation 48
3. Une fonction symbolique 49
4. Une expérimentation du monde social 50
II. LE JEU DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT 51
1. Les jeux sensori-moteurs 52
a) L'apport de Jean Piaget 52
b) La sensori-motricité revisitée par André Bullinger 53
c) Lien entre perception et action 54
d) Développement et intégration sensori-motrice 54
e) Les jeux sensori-moteurs de l'enfant 55
2. Les jeux fonctionnels 56
3. Les jeux de faire semblant 56

a) La fonction symbolique 56
b) Les jeux fictionnels 57
4. Les jeux à règles et les jeux sociaux 58
III. SE RENCONTRER POUR JOUER 59
1. Entrer en relation 59
2. La relation thérapeutique 60
a) L'empathie 61
b) La disponibilité psychique 62
3. La juste distance thérapeutique 63
IV. L'EVOLUTION DES SEANCES 65
1. A chacun sa maison 65
2. Jeux de regards et d'imitation 66
3. Il est temps de sortir 67
4. Une sortie au parc 67
5. Le départ en vacances 68
V. REFLEXIONS PERSONNELLES SUR CETTE PRISE EN SOINS 69
1. Entre stagiaire et thérapeute 69
2. Un cadre à mettre en place 70
3. Entre directivité et non-directivité 71
VI. DU JEU AU JE 72
1. Les expériences tonico-émotionnelles 72
2. Les référentiels spatio-temporels 73
3. De nouvelles représentations 73

CONCLUSION 75

BIBLIOGRAPHIE 76

ANNEXES 79

INTRODUCTION

En troisième année, j'ai choisi d'effectuer un stage au sein d'un Institut d'Education Motrice. Cette première expérience auprès d'enfants cérébrolésés m'a permis de faire la connaissance de Noémie, une petite fille infirme moteur d'origine cérébrale. La complexité d'un développement psychocorporel harmonieux, de la construction d'une subjectivité, d'une identité, d'une autonomie corporelle et psychique a alors pris tout son sens dans ma rencontre avec Noémie.

Cette rencontre marquante m'a amenée à explorer davantage la médiation du jeu à travers une création d'histoire. Le jeu est un incontournable de la pratique en psychomotricité. A tous les âges de la vie, il peut prendre des formes infiniment multiples et variées avec comme seule limite notre créativité. Ayant pratiqué le théâtre amateur pendant plusieurs années, le jeu et notamment le jeu de rôle me plaît particulièrement.

Au cours des séances avec Noémie, j'ai d'abord pu observer puis participer activement à la construction et au jeu de cette histoire. Rapidement je me suis interrogée sur l'utilisation du jeu de rôle avec cette petite fille, ses apports et bénéfices dans sa construction psychocorporelle.

De cette rencontre et de mes observations cliniques s'est dégagée une question centrale : Quel est l'intérêt du jeu dans la construction psychocorporelle d'une enfant infirme moteur d'origine cérébrale ? De cette question ont suivi de nombreuses réflexions, questionnements auxquels je tenterai de répondre au cours de ce mémoire.

Je présenterai, dans une première partie, le cadre dans lequel j'ai pu effectuer mes observations et vivre mes expériences pratiques. J'y apporterai également des informations générales relatives à l'infirmité motrice d'origine cérébrale et plus précisément à la pathologie de Noémie, le syndrome de Sjögren Larson. Une présentation de l'anamnèse, du bilan psychomoteur et du projet thérapeutique de la petite fille posera les jalons de la prise en soins en psychomotricité. Puis, je tenterai d'apporter un éclairage sur l'intrication entre le

développement moteur, les vécus corporels et les premières ébauches de vie psychique chez le jeune enfant comme chez l'enfant cérébrolésé.

La deuxième partie, sera consacrée au jeu avec Noémie. Je m'interrogerai sur les définitions et fonctions du jeu en croisant les apports d'auteurs d'obédiences diverses. L'exposé des différents types de jeu au cours du développement de l'enfant m'apportera un support théorique nécessaire à mes observations cliniques. Puis, je retracerai mon vécu personnel, allant de la rencontre avec Noémie, à l'évolution des séances en passant par mes réflexions sur la relation et la juste distance thérapeutique. Je m'interrogerai sur ma posture entre stagiaire et thérapeute, mon cadre, mon ajustement psychocorporel au sein de cette prise en soins. Pour finir, je reviendrai sur l'intérêt de la médiation jeu de rôle dans le processus de subjectivation de Noémie.

Première partie :

Une enfant infirme moteur d'origine cérébral en Institut d'Education Motrice

I. PRESENTATION DE L'INSTITUTION

1. La société Philanthropique

J'ai effectué mon stage d'initiation et d'apprentissage thérapeutique de troisième année de psychomotricité tous les jeudis au sein d'un Institut d'Education Motrice. Cet IEM fait partie de la société philanthropique. Fondée en 1780, cette société est une association reconnue d'utilité publique depuis 1839 qui œuvre dans l'action sociale. Elle gère aujourd'hui vingt établissements pour soutenir des personnes en difficultés. Ces établissements sont répartis dans cinq domaines d'activité : enfance, handicap, soin, logement -insertion et personnes âgées. Ils sont financés par les pouvoirs publics à environ 85% et fonctionnent en gestion propre pour les autres activités. L'association est avant tout au service de personnes rendues vulnérables par le grand âge, par le handicap physique ou mental ou par la précarité sociale. L'association s'inscrit dans le champ de l'économie sociale et solidaire. Son action se décline dans un projet associatif voté en 2007. Ce projet « Horizon 2020 », sert de guide pour les actions de tous au sein de la Société Philanthropique. Il vise à améliorer en permanence la qualité du service rendu aux personnes accueillies mais également à développer ou adapter ses activités soit dans ses établissements actuels, soit en en créant de nouveaux.

2. Les principales actions

L'établissement a pour principales missions la surveillance médicale, les soins, le maternage et l'appareillage nécessaire. Il accompagne la famille et l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent. Il vise l'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires ainsi que l'éveil et le développement de la relation entre l'enfant et son entourage. L'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances des enfants et le développement d'un niveau culturel optimum sont valorisés. L'éducation physique et sportive est présente au sein de l'IEM et parfois dans des structures extérieures (piscine…) Des actions

d'éducation spécialisée tendant à développer la personnalité et l'autonomie sociale sont mises en place.

3. La population

L'établissement fonctionne en tant qu'association laïque à but non lucratif régie par la loi de 1901 et possède un agrément depuis 2006 pour recevoir 60 enfants et adolescents cérébro-lésés âgés de 3 à 20 ans. La plupart sont atteints d'infirmité d'origine neurologique. Il s'agit d'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC), d'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC), d'ataxies cérébelleuses, de séquelles de traumatismes crâniens ou d'enfants spina-bifida[1]. Les atteintes peuvent concerner des maladies génétiques ou des pathologies d'étiologie indéterminée.

L'institut d'Education Motrice est agréé pour recevoir 46 enfants relevant de l'annexe 24 bis du code de l'action sociale et des familles, présentant un handicap moteur avec des troubles associés, et 14 enfants relevant de l'annexe 24 ter du code de l'action sociale et des familles, présentant un polyhandicap. Les troubles associés peuvent prendre différents aspects et sont principalement des troubles cognitifs, sensoriels (déficience visuelle, déficience auditive, agnosie[2]), des troubles praxiques, de l'épilepsie, des troubles du langage et de l'alimentation…

4. Admissions et projet de soins personnalisé au sein de l'établissement

Préalablement à l'admission, les parents et l'enfant ont rendez-vous avec la direction de l'IEM puis bénéficient d'une consultation avec le médecin chef ainsi que d'un entretien avec un psychologue. Par la suite, le dossier est proposé en commission d'admission. Si celle-ci rend un avis favorable, une période d'observation d'une semaine est proposée à l'enfant et sa famille. Cette observation est à nouveau discutée en commission d'admission qui aboutit ou non à

[1] Développement incomplet de la colonne vertébrale. Il s'agit d'une malformation qui survient avant la naissance, causant la paralysie et la perte de sensibilité des membres inférieurs.
[2] Perte de la capacité à reconnaître un stimulus sensoriel.

l’envoi d’une notification d'orientation à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). L'admission est subordonnée à l'accord de la MDPH et s'effectue à partir de trois ans.

Chaque matin et soir, du lundi au vendredi, des transports collectifs assurent les trajets entre le domicile des jeunes et l’établissement. Seulement certains enfants sont amenés par leurs parents. Les familles sont peu présentes. Elles viennent principalement lors de rendez-vous médicaux ou lors des journées portes ouvertes annuelles.

Lors de l’admission d’un enfant, un projet de soins personnalisé au sein de l’établissement est mis en place. Une fois par an, une réunion de synthèse, rassemble tous les professionnels s’occupant de l’enfant. Ensemble, ils font un point sur l’année écoulée. Chacun peut partager ses observations ou l’évolution du jeune dans sa propre prise en charge, ses progrès, ses difficultés. Ils repensent et précisent ensemble le projet de soins personnalisé pour l’année à venir. Les attentes de la famille et du jeune sont entendues, prises en compte afin de définir des objectifs prioritaires et des moyens mis en place par l’établissement pour les atteindre.

5. La répartition des espaces

L’établissement est organisé sur 5 étages. Au sous-sol se trouvent la balnéothérapie, la buanderie et la salle de réunion. Au rez-de-chaussée se situent le secrétariat et plateau de kinésithérapie. Le premier étage, est principalement consacré aux adolescents. On y retrouve des groupes éducatifs. Le deuxième étage, appelé le jardin d’enfants comprend une classe Montessori. Le troisième étage se composent de deux classes d’Education National avec des instituteurs spécialisés. Dans les trois premiers étages se situent une salle pour le repas et un espace appelé le préau où se retrouvent les jeunes des différentes classes pour des temps de jeux et de récréation. Au quatrième étage se trouvent le personnel de la direction, les psychomotriciens, les orthophonistes, les psychologues, les médecins, les infirmières, l’assistance sociale et le comptable. Enfin, la cuisine, la salle d’ergothérapie et la salle à manger du personnel se situent au cinquième étage.

6. Les soins thérapeutiques et rééducatifs

De nombreux professionnels de soins et de rééducation sont présents au sein de L'IEM : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, et psychologues. La prise en charge médicale et les soins sont assurés par les médecins et les infirmiers de l'institut. Les psychologues accompagnent les enfants et soutiennent les familles. Une assistante sociale est également présente pour apporter des conseils dans les démarches administratives et sociales entre les familles, l'institut et les administrations.

L'établissement dispose d'une balnéothérapie, utilisée par les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les psychomotriciens et les éducateurs. Différents groupes hebdomadaires sont proposés par des intervenants extérieurs : art-thérapie, groupe musique, groupe théâtre. De l'handisport est mis en place par un enseignant en activité physique adaptée en dehors de l'établissement.

Il est important de préciser que toutes ces activités sont impossibles sans les équipes techniques, logistiques et les équipes de la restauration (agent technique, cuisine, lingerie…) qui permettent le bon fonctionnement de l'institut.

7. La place de la psychomotricité dans l'institution

Les enfants pris en soins en psychomotricité bénéficient le plus souvent d'une séance hebdomadaire de quarante-cinq minutes. Certains profitent deux séances par semaine en raison de leurs grandes difficultés. Cependant, beaucoup de jeunes ont un emploi du temps chargé avec de nombreuses prises en soins différentes. Les suivis en psychomotricité sont longs et peuvent durer des années. La plupart des enfants sont admis petits au sein de l'établissement et s'en vont vers la fin de leur adolescence.

Un bilan psychomoteur est effectué avant le début d'une prise en charge individualisée. Si les capacités du jeune le permettent, certaines épreuves quantitatives peuvent être proposées. Si cela n'est pas possible, le bilan est basé sur l'observation qualitative de l'enfant. Les domaines

sensoriel, moteur, relationnel, cognitif ainsi que le schéma corporel, l'image du corps et la structuration spatio-temporelle seront principalement observés. Suite au bilan, un projet thérapeutique individuel adapté est mis en place.

De nombreuses médiations peuvent être utilisées : éveil sensorimoteur, jeux, danse, relaxation, balnéothérapie, contes, théâtre, toucher thérapeutique...

Les séances de psychomotricité ne sont pas à visée rééducative mais à visée thérapeutique. Le jeune est accompagné et appréhendé dans sa globalité. Ses attentes et ses propositions sont accueillies et travaillées. C'est un lieu où il peut être acteur.

II. L'INFIRMITE MOTRICE D'ORIGINE CEREBRALE

1. La paralysie cérébrale

La Paralysie Cérébrale (Cerebral Palsy en anglais) est un terme d'utilisation internationale, dont les limites et les définitions ont subi de nombreuses variations au gré des écoles de pensées, des concepts et de l'évolution des connaissances concernant le développement cérébral.

Selon la plus récente définition collective internationale[3] la paralysie cérébrale est un terme qui désigne un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, imputables à des évènements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus et du nourrisson. Les troubles moteurs de la paralysie cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, d'épilepsie et de problèmes musculo-squelettiques secondaires.

[3] Rosenbaum et coll. (2007)

« Parmi toutes les formes de paralysies cérébrales, une distinction est faite en France entre l'infirmité motrice cérébrale (atteinte motrice), l'infirmité motrice d'origine cérébrale (atteinte motrice avec troubles associés, atteinte légère ou moyenne de la cognition) et l'atteinte la plus sévère le polyhandicap[4] ».

a) L'infirmité motrice cérébrale

Le terme d'infirmité motrice cérébrale a été proposé en 1954 par G. Tardieu pour distinguer des sujets porteurs de séquelles motrices de lésions cérébrales infantiles de sujets encéphalopathes atteints de déficience mentale profonde et de troubles moteurs associés.[5] Selon G. Tardieu, « l'IMC est due à des atteintes cérébrales survenues dans la période périnatale qui entraînent des troubles de la posture et du mouvement sans caractère évolutif. Ces atteintes cérébrales ont suffisamment préservé les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation[6] ».

b) Le polyhandicap

La définition actuelle la plus complète du polyhandicap est à la fois médicale et juridique. Lorsque que l'on parle d'une personne polyhandicapée en France, on lui donne un statut spécifique se rapportant à l'annexe XXIV ter du code de l'action sociale et des familles[7].

L'annexe XXIV ter définit le polyhandicap comme « un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. »[8]

[4] Bonnotte L. Guitard S. Lequenne F. (2015) p. 140
[5] Guidetti M. Tourrette C. (2004) p.29
[6] Le Métayer M. (1990) p.11
[7] Bonnotte L. Guitard S. Lequenne F. (2015) p. 140
[8] Annexe XXIV ter au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, paragraphe 3 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles, consultable sur le site de Légifrance.

2. Définition de l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC)

Claudine Amiel-Tison, professeur de pédiatrie, spécialisée dans l'évaluation des dommages cérébraux chez les enfants prématurés ou nés à terme dans des conditions difficiles, précise que « l'infirmité motrice d'origine cérébrale n'est pas une maladie mais un syndrome qui associe trouble de la posture et trouble du mouvement. C'est la résultat d'une lésion cérébrale non progressive et définitive survenue sur un cerveau en voie de développement[9] ».

Cette définition englobe tous les degrés de gravité et toutes les variétés topographiques des troubles de la posture et du mouvement, seulement si la lésion responsable est cérébrale et survenue avant l'âge de 2 à 3 ans. Le trouble moteur est exceptionnellement isolé : des déficits sensoriels, perceptifs, cognitifs ou du comportement peuvent être associés. Une épilepsie est souvent associée. Contrairement à l'infirmité motrice cérébrale, une déficience intellectuelle est présente.

Le degré du déficit moteur et de ses conséquences orthopédiques vont déterminer la sévérité du syndrome. Dans certaines formes, ce sont les déficits cognitifs et sensoriels qui vont dominer le pronostic : le déficit moteur ne sera plus qu'un des éléments d'un polyhandicap. Tout l'éventail de gravité est représenté, du très sévère au très mineur, les frontières sont incertaines entre formes mineurs et limites acceptables de la norme. Malgré le caractère fixé et non progressif de la lésion cérébrale, les conséquences du trouble de la commande motrice vont s'aggraver inexorablement, en particulier dans le domaine orthopédique[10].

3. Les principales causes

Les causes des paralysies cérébrales sont multiples. Si certaines causes sont évidentes, ce n'est pas toujours le cas. A ce jour, un grand nombre de causes restent encore inconnues. Un ensemble d'investigations sera nécessaire : l'histoire de la grossesse, l'histoire familiale,

[9] Amiel-Tison C. (2004) p. 88
[10] Ibid p.88

l'aspect clinique de l'enfant[11]. Les causes surviennent le plus fréquemment avant la naissance mais elles peuvent aussi être périnatales ou postnatales.

Les causes prénatales : On retrouve les pathologies maternelles (anémie [12] , hypertension/hypotension artérielle, anoxie[13], infections urinaires, diabète), un trouble de la circulation sanguine fœtale, une incompatibilité de rhésus, une embryofoetopathie infectieuse (rubéole, toxoplasmose) ou toxique (alcool, drogues...) et les accidents fœtaux : accident vasculaire cérébral, malformation cérébrale, hypoxie [14] ou anoxie, hémorragie cérébrale, insuffisance placentaire, traumatisme fœtal lié à un accident de voiture, une chute, un choc, etc.

Les causes périnatales : On retrouve surtout la souffrance fœtale aigüe (hypoxie, anoxie, convulsions, traumatisme obstétrical). La prématurité[15] est également une cause importante, les petits poids de naissance et les grossesses multiples (gémellité) en sont des facteurs favorisants. La fréquence de la paralysie cérébrale est d'autant plus élevée que le poids de naissance est petit et la naissance prématurée.[16]

Les causes postnatales : On retrouve les infections (méningite, encéphalite, encéphalopathie liée au virus du SIDA), les intoxications, les troubles circulatoires provoquant une ischémie, une hémorragie ou une thrombose, les traumatismes physiques (accident, sévices corporels...), les traitements de tumeur, des convulsions sévères, les maladies métaboliques…

Les diverses causes énoncées ci-dessus sont prédominantes, mais en réalité les origines sont le plus souvent polyfactorielles.

[11] Amiel-Tison (2004) p.89
[12] Diminution de la concentration en hémoglobine dans le sang.
[13] Insuffisance d'apport en oxygène aux organes et aux tissus vivants.
[14] Diminution de la concentration d'oxygène dans le sang.
[15] Selon l'OMS, naissance survenue avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). Il existe 4 stades de prématurité : la petite prématurité (début de la 33ème à la fin de la 36ème SA), la grande prématurité (début de la 26ème à la fin de la 32ème SA), la très grande prématurité (au cours des 26ème et 27ème SA) et l'extrême prématurité (avant la 26ème SA).
[16] Guidetti M. Tourrette C. (2004) p.31

4. Les troubles neuromoteurs

Les troubles neuromoteurs se divisent en trois catégories : le syndrome pyramidal (les formes spastiques), le syndrome extra-pyramidal (les formes dyskinétiques) et le syndrome cérébelleux (les formes ataxiques). On peut distinguer l'aspect fonctionnel des atteintes de la topographies des atteintes.

a) L'aspect fonctionnel des atteintes

Les formes spastiques : Elles résultent d'une atteinte au niveau des voies pyramidales. La voie pyramidale, aussi appelée faisceau pyramidal ou tractus cérébrospinal, correspond à un ensemble d'axones qui assurent la communication entre le cortex cérébral, les motoneurones et les interneurones de la moelle épinière. Elle permet de transporter les messages moteurs volontaires. Un syndrome pyramidal correspond à une atteinte de la motricité volontaire. Le système agoniste/ antagoniste est perturbé et la capacité d'inhiber l'arc réflexe de cette motricité volontaire est atteinte. La spasticité se caractérise par l'exagération du réflexe d'étirement musculaire, des mouvements rigides et crispés, par une absence de coordination de la contraction et du relâchement des groupes musculaires antagonistes. « La maladresse et la lenteur des mouvements fins, liées à des difficultés de coordination bimanuelle et oculo-manuelle, restent quasi constantes[17] ». L'enfant spastique se présente avec une augmentation exagérée et permanente du tonus musculaire d'un muscle au repos qui entraîne des rétractations musculo-tendineuses et par conséquence une attitude en flexion. Lorsque l'atteinte est plus légère on parle de parésie.

Les formes dyskinétiques : Ces formes correspondent plutôt à une rigidité de nature extrapyramidale diffuse qui persiste inchangée aux mouvements lents et répétés de flexion et d'extension des membres. La rigidité des membres peut s'accompagner d'une hypotonie axiale majeure ou d'une posture permanente en hyperextension. Des mouvements involontaires, dyskinétiques, contaminent une motricité volontaire très réduite. La dyskinésie peut être faite

[17] Crouail A. Maréchal F. (2006) p.4

de mouvements rapides de style chorée : ce sont des mouvements involontaires brusques qui interrompent un mouvement volontaire. La dyskinésie peut prendre la forme de mouvements lents, style athétose. Ce sont des mouvements involontaires lents de reptation qui parasitent les postures de repos. « Le signe primordial de l'athétose est l'apparition de mouvements involontaires spontanés[18] », accentués par l'émotion ou une stimulation. La dyskinésie, alors qualifiée de dystonie, peut être faite de postures anormales. La dystonie est liée à une contraction musculaire soutenue mettant un membre, segment de membre, cou, tronc dans une posture extrême : extension du gros orteil, opisthotonos[19], torticolis, grimaces soutenues... A l'inverse du mouvement choréique qui est imprévisible, la dystonie est préférentiellement déclenchée par des mouvements volontaires spécifiques, elle est donc plus prévisible.

Les formes ataxiques : Elles résultent d'une atteinte au niveau du cervelet. L'ataxie est définie comme « un trouble de la coordination et de la statique[20] ». Les signes caractéristiques sont l'élargissement du polygone de sustentation, des difficultés au niveau du contrôle de l'équilibre, des titubations, des chutes fréquentes, une dysmétrie[21] et une dyschronométrie[22]. Elle associe une incoordination motrice et une hypotonie. « De plus l'ataxie se caractérise par des tremblements dans le maintien d'une attitude ou lors de l'exécution d'un mouvement[23] ». Les formes pures sont peu fréquentes. Les recherches étiologiques sont orientées vers une pathologie cérébelleuse, le plus souvent génétique[24].

En fonction de l'étiologie, mais aussi de la localisation et de l'étendue de l'atteinte, le tableau clinique sera différent. Les formes mixtes, comprenant à la fois de la spasticité, de l'athétose et/ou de l'ataxie sont très fréquentes et les formes pures sont finalement plus rares[25].

[18] Cahuzac M. (1980) p.49
[19] Contracture importante localisée sur la face postérieure. Un individu atteint présente une posture typique arc-boutée vers l'arrière.
[20] Cahuzac M., 1980, p.56
[21] Exécution des mouvements sans mesure dans le temps et dans l'espace.
[22] Altération de la gestion des paramètres temporels du mouvement volontaire.
[23] Michel S. (2011) p.8
[24] Amiel-Tison C. (2004) p.114
[25] Ibid p.114

b) La topographie des atteintes

Berta et Karel Bobath, ont par leurs nombreuses observations d'enfants infirmes moteurs, décrit différentes atteintes selon les localisations touchées [26].

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

Hémiplégie : Elle se caractérise par l'atteinte homolatérale du membre supérieur et inférieur, avec une prédominance au membre supérieur. Cette atteinte peut parfois toucher la face. Les enfants sont généralement spastiques mais certains peuvent présenter plus tard une athétose distale.

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

Paraplégie : Elle se caractérise par une atteinte exclusive des deux membres inférieurs.

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

Quadriplégie ou tétraplégie : Elle se caractérise par une insuffisance posturale du tronc, un contrôle de la tête souvent faible et une raideur des membres. L'atteinte touche tout le corps. Dans la quadriplégie athétosique, les membres supérieurs et le tronc sont généralement plus touchés que les membres inférieurs. Dans la quadriplégie spastique et dans certaines formes mixtes, les membres inférieurs peuvent être tout aussi atteints que les membres supérieurs. Il y a une grande différence dans l'atteinte des deux côtés du corps de l'enfant, avec, comme conséquence, une asymétrie prononcée de la posture et du mouvement.

[26] Bobath B., Bobath K. (1986) p.19-20

5. Les troubles associés

Dans l'infirmité motrice d'origine cérébrale, tout l'éventail de gravité est représenté, du très sévère au très mineur, les frontières sont incertaines entre formes mineurs et limites acceptables de la norme[27]. Le trouble moteur est exceptionnellement isolé. Les troubles associés varient en fonction de chaque individu, de son histoire familiale, de son histoire de soins et de l'étendue de la lésion cérébrale. Ces troubles, d'intensités variables, peuvent se combiner. Dans certains cas, ils peuvent être prévenus ou compensés par des mesures éducatives et thérapeutiques appropriées[28]. On retrouve principalement des troubles cognitifs, sensoriels, des problèmes de langage et d'alimentation, des troubles praxiques et de l'épilepsie. Les atteintes neuromotrices et les différents troubles associés sont étroitement intriqués et s'influencent réciproquement.

Les troubles cognitifs :

Du fait des lésions cérébrales précoces et selon leur étendue et leur localisation, les fonctions cognitives peuvent être altérées. Les troubles cognitifs sont des atteintes des fonctions cognitives, fonctions qui nous permettent notamment d'interpréter les informations, d'acquérir des connaissances et de les organiser, de planifier et de contrôler nos actions et d'échanger avec les autres. Les troubles cognitifs les plus courants concernent la concentration et l'attention, certains aspects de la mémoire, le langage écrit ou oral, la perception de l'espace ou de son propre corps, affectant la réalisation de gestes de la vie courante, la capacité à reconnaître des images ou des signes, impliquée dans la lecture et l'écriture. Les atteintes des fonctions exécutives, indispensables à la planification d'un geste et au contrôle du mouvement, aggraveront les conséquences des problèmes moteurs tels que la spasticité. L'atteinte neuromotrice, entrainant une limite de possibilité d'action sur l'environnement a également un impact sur la manière d'appréhender le monde et donc sur la perception-cognition.

[27] Amiel-Tison C. (2004) p.88
[28] Guidetti M., Tourrette C. (2004) p.32

Il est important de noter que « le trouble de la fonction motrice est parfois si grave qu'il rend extrêmement difficile d'évaluer les fonctions cognitives : celles-ci paraissent souvent plus déficitaires qu'elles ne le sont en réalité »[29].

Les troubles sensoriels :

Les problèmes sensoriels accompagnant la paralysie cérébrale sont variés. L'atteinte des récepteurs sensoriels, la transmission et le traitement des flux sensoriels par le système nerveux centrale peuvent être touchés.

Au niveau visuel, une cécité partielle ou complète peut être présente. Certains enfants peuvent également être atteints de strabisme ou de nystagmus[30] ce qui entraîne des difficultés pour fixer un objet ou pour balayer du regard une surface et va avoir des retentissements sur la perception visuelle en général et en particulier sur la discrimination figure-fond [31] . L'identification d'une figure significative sur un fond lors d'une présentation très brève est difficile.

Dans les déficits auditifs, on trouve une surdité et une hypoacousie. Il s'agit d'une diminution, d'une insuffisance de l'acuité auditive correspondant à la déficience auditive légère et moyenne. Ces surdités de perception sont non améliorables par la chirurgie mais souvent appareillables. Elles vont avoir une incidence défavorable sur l'apprentissage du langage. Les lésions cérébrales précoces vont également altérer la transmission et le traitement des différents flux sensoriels par le système nerveux central.

Les troubles de la sensibilité ne sont pas rares. Il s'agit en général de troubles du transfert intermodal ou astéréognosie : ils ne peuvent reconnaître les objets avec leur main sans le contrôle de la vue. Le traitement multimodal des flux s'observe à différents niveaux du système

[29] Amiel-Tison C. (2004) p.115
[30] Mouvement d'oscillation involontaire et saccadé du globe oculaire causé par une perturbation de la coordination des muscles de l'œil.
[31] Guidetti M., Tourrette C. (2004) p.34

nerveux central. Les différentes lésions cérébrales précoces peuvent rendre difficile ce traitement.

« L'activité de corrélation de flux multimodaux est indispensable à la constitution d'un espace d'action cohérent et unifié à partir duquel une connaissance de soi et de l'environnement peut se constituer [32]». On peut penser que certains enfants présentent des troubles du schéma corporel c'est-à-dire une élaboration mal structurée de la connaissance et de l'utilisation du corps propre ainsi que des troubles de l'image du corps. La capacité de se considérer dans une continuité d'existence, une continuité d'être va être plus ou moins affectée. Ces difficultés sont également à mettre en lien avec le vécu corporel douloureux des enfants, des différents examens médicaux, des opérations, des déformations orthopédiques et des multiples appareillages.

Les problèmes de langage et d'alimentation :

Ces troubles sont d'origines diverses. Ils peuvent résulter de l'atteinte motrice, qui touche les muscles de l'appareil phonatoire, ou d'une atteinte auditive. Les troubles moteurs ou praxiques bucco-faciaux gênent et empêchent l'articulation. On retrouve des dysarthries[33] c'est-à-dire des mouvements anormaux de la langue et des lèvres. Des particularités sensorielles (hyposensibilité, hypersensibilité orale) entraînent des problèmes d'alimentation aggravés par des difficultés de déglutition et de mastication possibles. Des fausses routes, des reflux œsophagiens, des constipations fréquentes et des problèmes bucco dentaires sont présents. Au niveau du langage, on peut observer une dysphasie[34], voire une aphasie[35]. Au niveau de la compréhension, on parle de surdité verbale, les sons sont reconnus mais c'est la signification qui manque (agnosie). Il est important de considérer que ces troubles peuvent être source de frustrations et d'isolement pour l'enfant et par conséquent, entraîner des difficultés dans les habiletés psychosociales.

[32] Jouen F., Molina M. (2000) p.235-247
[33] Trouble de l'articulation.
[34] Altération de la structure du langage.
[35] Absence de langage.

Les troubles praxiques :

Une praxie désigne la coordination normale des mouvements, propre aux gestes volontaires, impliquant de la part du sujet un projet d'action sur le monde extérieur. Une dyspraxie en est la perturbation. La personne atteinte ne peut élaborer correctement un projet gestuel. Il s'agit d'une anomalie des fonctions « de pré-programmation des gestes qui se traduit cliniquement par une maladresse et un défaut d'organisation gestuelle, indépendamment de tout troubles moteur intrinsèque[36] ». Pour Michèle Mazeau, les troubles praxiques se différencient des troubles moteurs, qui peuvent entraver ou perturber l'exécution d'un projet, sa planification étant préservée[37]. Dans les troubles praxiques, on retrouve principalement des troubles de l'organisation gestuelle et motrice. Ce sont des troubles de l'exécution du geste, des difficultés de freinage, de contrôle ou un parasitage du mouvement par des contractions involontaires. Ces troubles sont à mettre en lien avec l'atteinte neuromotrice. Ces troubles peuvent retentir sur la vie quotidienne (alimentation, toilette) et rendent difficile la préhension ou l'écriture.

L'épilepsie :

L'épilepsie est une maladie neurologique qui se caractérise par un fonctionnement anormal de l'activité du cerveau. Elle se traduit par la répétition de crises imprévisibles et souvent très brèves. Ces crises sont la manifestation clinique d'un dysfonctionnement cérébral lié à une décharge paroxystique hypersynchrone d'un groupe de neurones du cortex cérébral. Ces crises peuvent prendre différentes formes et varier en intensité. Leur caractère répétitif et surtout les accidents qu'elles peuvent provoquer vont perturber la vie familiale et sociale de l'enfant.

[36] Mazeau M. (2000) p.276
[37] Ibid, p.67

6. Les appareillages et interventions chirurgicales

Les atteintes motrices ne sont pas évolutives mais ont des conséquences sur le développement de l'appareil locomoteur, essentiellement pendant la croissance. « Les os vont s'allonger et les muscles soumis à des tensions pathologiques s'allongeront moins vite que les os[38] ». Il est donc nécessaire de prendre en charge les enfants précocement et sérieusement pour tenter de minimiser les déformations orthopédiques qui pourraient limiter ensuite le potentiel fonctionnel. Un suivi médical et une rééducation kinésithérapique sont indispensables.

La spasticité n'est pas identique d'un groupe musculaire à l'autre, de telle sorte que les membres tendent à adopter des postures anormales qui sont le résultat du déséquilibre créé ; postures anormales que les membres tendent à reprendre immédiatement après un déplacement passif. Ces postures anormales vont entraîner des raccourcissements musculotendineux, par rapprochement des insertions, raccourcissement qui seront mis en évidence par des limitations du jeu articulaire aux manipulations passives lentes[39].

Un grand nombre d'appareillages peuvent être mis en place afin de lutter au mieux contre les déformations orthopédiques et d'éviter de rendre la fonction motrice de plus en plus déficiente et déviante. Voici une présentation non exhaustive d'appareillages possibles.

• **Le siège « actif »** a pour but le maintien dans une station assise correcte : il permettra à un enfant, ayant acquis la capacité de tenir assis, de maintenir une station assise active dans des conditions proches des conditions physiologiques.

• **Le siège « passif »** a pour but de permettre une station assise maintenue passivement chez l'enfant incapable de la maintenir activement et de permettre l'utilisation des membres supérieurs. Le thorax est maintenu, si nécessaire la tête est maintenue également par des appuis-tête. L'enfant pourra travailler la statique de la tête, regarder droit devant lui, augmenter ses possibilités d'interaction avec l'entourage. Ces différents sièges peuvent être moulés ou fabriqués par les appareilleurs. Ils seront adaptés aux besoins de chaque enfant.

[38] Amiel-Tison C. (2004) p.254
[39] Ibid, p.208

• **Les rollators et les Kaye Walker** (rollators arrières). Ces derniers offrent à l'enfant un meilleur appui dans avant-bras et des mains, et permettent une meilleure verticalisation du tronc. Grâce à une sangle, l'enfant entraîne dans sa marche en avant l'essentiel de l'armature du rollator situé latéralement et en arrière de lui.

• **Les gouttières pelvi-jambières moulées** permettent un appui fonctionnel et donc un travail actif du tronc, avant l'acquisition des automatismes de la marche. Les chaussures thérapeutiques dans lesquelles on place des semelles moulées favorisent un bon appui au sol.

• **Corset garchois** est adapté pour traiter les scolioses paralytiques. Il empêche l'effondrement du tronc, corrige les déformations rachidiennes et ralenti l'aggravation de la scoliose au fil des ans sans pour autant gêner la croissance osseuse ni le développement thoracique de l'enfant.

Les enfants ont souvent des parcours de soins compliqués, ponctués de nombreuses hospitalisations et interventions chirurgicales. Un geste chirurgical est proposé s'il paraît indispensable aux progrès fonctionnels. On trouve entre autres la fasciotomie[40], la correction d'un pied équin[41], la correction d'un flessum[42] de genou ou les injections de toxine botulique. Ce traitement consiste en l'injection de petites quantités de toxine botulique dans les muscles spastiques. La toxine botulique induit une faiblesse des muscles hyperactifs injectés, sans pour autant affecter leur fonctionnement normal. Son action dure environ de trois à six mois.

7. Un syndrome particulier : Sjögren Larson

a) Définition

[40] Coupe du fascia pour soulager la tension ou la pression.
[41] Flexion plantaire permanente de l'articulation.
[42] Blocage transitoire ou permanent du genou en position plus ou moins fléchie.

Le syndrome de Sjögren-Larsson (SSL) est une maladie neuro-cutanée rare due à une anomalie innée du métabolisme des lipides et caractérisée par une ichthyose[43] congénitale, un déficit intellectuel et une spasticité. La prévalence mondiale est estimée à 1/250 000.

Les manifestations cliniques surviennent au cours de la petite enfance. En général, une hyperkératose légère est présente à la naissance. L'hyperkératose est un terme général qui désigne un groupe d'affections de la peau caractérisées par une augmentation significative de la kératinisation[44], et de ce fait une augmentation de la couche cornée de l'épiderme. Elle évolue vers une ichthyose généralisée, se développant particulièrement au niveau des zones de flexion, de la nuque, du tronc et des extrémités. Contrairement aux autres formes d'ichtyose, le prurit[45] est très fréquent.

Les signes neurologiques apparaissent au cours de la première ou de la deuxième année de vie et se traduisent par un retard psychomoteur, dû à une diplégie spastique ou, beaucoup moins fréquemment, à une tétraplégie spastique. Environ la moitié des patients n'acquièrent jamais la marche. Des convulsions surviennent dans environ 40% des cas. Le déficit intellectuel est modéré à sévère. Un retard du langage et une dysarthrie [46] sont fréquents. Une atteinte ophtalmologique est souvent présente et caractérisée par des inclusions cristallines de la rétine autour de la fovéa. Une photophobie[47] et une myopie sont fréquentes. Les patients sont souvent nés prématurés.

Le diagnostic prénatal est possible à partir d'analyses biochimiques ou génétiques sur une biopsie du trophoblaste[48] ou par amniocentèse.

[43] Maladie génétique rare atteignant principalement la peau. Elle se caractérise par une peau extrêmement sèche, rugueuse et par la présence d'une quantité excessive de squames (pellicules de peau mortes) qui se détachent continuellement.
[44] Transformation des couches superficielles de la peau (épiderme), ou d'une muqueuse qui s'enrichissent progressivement de kératine.
[45] Sensation de démangeaisons de la peau, et qui conduit à se gratter.
[46] Trouble de l'articulation de la parole.
[47] Sensibilité accrue à la lumière voire une intolérance complète à celle-ci.
[48] Couche cellulaire périphérique de l'œuf, formée lorsque celui-ci est encore au stade de blastocyste (du 5e au 7e jour après la fécondation) et qui est à l'origine du placenta.

b) La prise en charge

La prise en charge doit faire intervenir une équipe pluridisciplinaire de neurologues, dermatologues, ophtalmologues, chirurgiens orthopédiques et psychothérapeutes. L'ichtyose est traitée par des applications locales de kératolytiques[49] ou par l'administration de rétinoïdes systémiques. Les kératolytiques décollent et éliminent la couche de kératine de la peau. Les rétinoïdes sont une classe de composés chimiques dérivés de la vitamine A. Ils se révèlent très efficaces dans le traitement de dermatoses. En général, les convulsions répondent favorablement aux traitements antiépileptiques. La spasticité est soulagée par des interventions chirurgicales. Une alimentation adaptée avec des compléments en acides gras à chaînes moyennes peut améliorer l'ichtyose mais ses effets sont limités. En général, les patients vivent jusqu'à l'âge adulte mais doivent être pris en charge tout au long de leur vie. Les symptômes neurologiques et le déficit intellectuel n'évoluent plus après la puberté. Plus les symptômes se révèlent tôt et plus le syndrome de Sjögren-Larsson semble sévère.

III. A LA RENCONTRE DE NOEMIE

1. Ma première rencontre avec Noémie

J'ai rencontré Noémie lors de mon premier jour de stage au sein de l'IEM. Je n'avais jamais été en contact avec des personnes en situation d'handicap moteur ou de polyhandicap. Mon appréhension se mêlait à l'envie de découvrir un nouveau domaine, une nouvelle population, une nouvelle équipe.

Ma maître de stage et moi sommes allées chercher notre premier patient de la matinée. A notre arrivée au troisième étage, tous les enfants étaient dans leurs classes respectives. En

[49] Médicaments indiqués dans les affections où la couche cornée de l'épiderme produit un excès de kératine.

entrant dans la classe de Noémie je suis interpellée par le nombre d'appareillages qui me semblent prendre toute la place de la petite pièce. Pourtant prévenue et consciente des d'appareillages en Institut d'Education Motrice, le vécu qui est renvoyé est très fort. Malgré cela, l'atmosphère de la classe, le bruit ambiant, les voix des enfants, me renvoient une image rassurante, connue, une image de vie.

La psychomotricienne s'approche de Noémie qui la regarde en se désignant du doigt tandis que je la suis. Lorsque mon regard croise celui de la petite fille, les formes de son corset, visibles sous son t-shirt me sautent aux yeux. Noémie porte un corset garchois, une mentonnière, un casque noir en cas de chute et des lunettes. Dans un premier temps, je ne vois pas une enfant mais un corps contenu, maintenu par un grand nombre d'appareillages que je ne connais pas.

Pendant que la psychomotricienne échange avec la maîtresse, je me trouve à côté de Noémie qui me regarde et me montre son Kay-Walker du doigt. Un peu perdue, je regarde la structure bleue métallique où j'aperçois une étiquette portant le nom de Noémie et l'amène auprès de la jeune fille. Celle-ci se lève de sa chaise avec difficulté en s'appuyant sur le bureau placé devant elle. Une fois debout, Noémie s'approche de moi et m'entoure de ses bras en me serrant fort contre elle. Je ne sais pas comment réagir, quelle réaction avoir, quels mots mettre sur ce contact.

Durant le trajet vers la salle de psychomotricité, Noémie se déplace seule à l'aide de son Kay-Walker. Elle semble bien se repérer dans l'institution. En attendant l'ascenseur pour aller en salle de psychomotricité, ma maître de stage me présente à Noémie qui me regarde attentivement. J'observe une petite fille qui peut rentrer en interaction et répondre par quelques mots aux questions de la psychomotricienne. Cependant elle parle peu de sa propre initiative.

Arrivée dans la salle, la psychomotricienne me propose d'enlever le corset de Noémie avec son aide. Le corset m'impressionne, toutes ces vis en métal me renvoient l'image d'un corps robotisé et douloureux. Je me sens tout d'un coup confrontée à la réalité des enfants cérébrolésés. Une fois le corset ôté, je suis impressionnée par les capacités motrices de Noémie,

qui se précipite à quatre pattes sur l'espace des tapis. Je m'attendais à voir son corps s'écrouler sans le maintien des appareillages.

Observatrice dans un premier temps, je regarde avec attention Noémie et la psychomotricienne installer la maison d'Anna et de sa maman, les deux personnages de leur histoire ainsi que l'école. Noémie installe rapidement les objets de la maison mais désigne difficilement le nom des différentes pièces. Dans un second temps, la psychomotricienne propose que je prenne le rôle du papa, ce que Noémie accepte. A la fois actrice et spectatrice, j'essaye de m'adapter au mieux à ce nouveau rôle. L'histoire se déroule au long d'une journée de travail où la maman (la psychomotricienne), le papa (moi) et Anna (Noémie) sont respectivement au travail et à l'école. Tout au long de l'histoire, Noémie parle peu mais nous regarde beaucoup. Elle dessine un personnage quelle désigne comme étant un bonhomme. Puis les trois personnages retournent à la maison.

Nous terminons la séance par le jeu du pantomime qui consiste à mimer un dessin représenté sur une carte face cachée afin que les autres joueurs puissent deviner de quoi il s'agit. Noémie retourne systématiquement sa carte en nous montrant de quel objet il s'agit avant de le mimer. Malgré des capacités limitées, elle réussit à mimer plusieurs objets : la brosse à cheveux et le lapin.

2. Anamnèse

Noémie est une petite fille de 9 ans. Elle vit avec ses deux parents d'origine algérienne, sa petite sœur de quatre ans et son petit frère de 5 mois. Noémie naît le 10/02/2007 à trente-huit semaines d'aménorrhée par césarienne en raison d'un siège et d'une non progression de la dilatation. Née en état de mort apparente, elle est intubée à une minute de vie. Amenée à deux reprises en réanimation, Noémie présente rapidement de grandes difficultés d'alimentation, de respiration et une grande hypotonie. La marche se développe vers vingt-deux mois et quelques mots isolés commencent à apparaître. Vers trois ans, la spasticité rend la marche difficile. Le diagnostic de la maladie de Sjörgen-Larson est posé. La tétraparésie spastique de la jeune fille

s'accompagne d'une cyphoscoliose[50] thoraco-lombaire gauche et d'une ichtyose cutanée importante. La légère hypertonie présente dans les membres supérieurs est principalement localisée au niveau des coudes et peu marquée près des mains. La spasticité des membres inférieurs est prédominante, notamment au niveau des adducteurs avec un léger flessum de genoux. Dans le domaine ophtalmologique, un astigmatisme myopique[51] bilatéral et une maculopathie[52] à inclusion cristalline sont présents.

La petite fille fréquente une halte-garderie à hauteur de trois demi-journées par semaine et est prise en soin dans un Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP), avant d'être orientée vers un Institut d'Education Motrice. En septembre 2010, Noémie est admise au sein de l'IEM et intègre le jardin d'enfants au deuxième étage. A l'âge de cinq ans, en janvier 2012, une injection de toxine est effectuée dans les longs adducteurs, les semi-membraneux et les semi-tendineux. Fin 2012, Noémie bénéficie d'une intervention chirurgicale consistant en l'allongement des ischio-jambiers, la libération des adducteurs, et la fasciotomie bilatérale des jumeaux et soléaires pour corriger l'équin des deux pieds. A cette intervention, fait suite une prise en charge post-opératoire de quatre mois au sein d'un Centre de Rééducation Motrice pour Tout Petits (CRMTP). Durant l'année 2013, un bilan neuropsychologique est effectué. Il en résulte, sur les différents items proposés, un âge développemental d'un enfant entre trois et quatre ans. Tout au long de l'année 2015, Noémie participe à des temps d'inclusion au troisième étage, l'étage de l'éducation nationale en vue d'une intégration complète à la rentrée prochaine.

Actuellement, Noémie fréquente, depuis septembre 2016, le troisième étage. Elle participe à des temps de classe et aux divers ateliers proposés : musique, théâtre, repérage dans l'espace… La petite fille bénéficie de nombreuses prises en soins : deux séances de kinésithérapie, trois verticalisations, une séance de psychomotricité, d'ergothérapie et de psychologie hebdomadaires.

[50] Double déformation de la colonne vertébrale, associant une déviation latérale (scoliose) et une déviation à convexité postérieur (cyphose).
[51] Défaut optique caractérisé par la présence d'un excès de courbure variable de tous les méridiens cornéens.
[52] Pathologie oculaire caractérisée par une atteinte de la macula.

3. Bilan psychomoteur

Mon bilan s'est basé principalement sur mes observations qualitatives au long des séances avec Noémie. J'ai également choisi de proposer différentes épreuves me permettant d'affiner mes observations. Une séance entière de tests ne me paraissant pas adapté ni révélatrice des compétences de Noémie, j'ai étalé ces propositions sur plusieurs semaines. Lors de ce bilan, le corset et les appareillages ont été ôtés.

Domaine relationnel :

Noémie m'apparaît comme une petite fille calme, agréable et conciliante. Son contact auprès des adultes est de bonne qualité. Arrivée au troisième étage au mois de septembre, elle s'intègre petit à petit et semble créer de bons rapports avec les autres enfants. Ses réponses à leurs sollicitations s'avèrent plutôt adaptées. La jeune fille connaît le prénom de la plupart des adultes et de nombreux enfants de l'établissement. Elle peut les reconnaître et les désigner sur une photographie.

Noémie présente une inhibition de langage et un temps de latence important qu'il faut prendre en compte lors des différentes propositions. Elle parle peu, utilisant principalement des mots simples, sans phrases construites. Son manque de vocabulaire va très rapidement la mettre en difficulté. Elle interpelle l'adulte ou demande de l'aide en utilisant principalement les gestes ou le regard.

Noémie est réceptive aux interactions proposées par l'adulte et s'adapte facilement à une demande, une consigne. Elle peut choisir entre plusieurs propositions, mais il lui est difficile d'en être l'initiatrice. Sensible au regard de l'adulte, elle cherche souvent l'approbation dans une dimension très scolaire.

Elle présente une certaine précipitation dans ses actions et se renferme rapidement si l'adulte la reprend.

Noémie accepte le toucher de l'adulte avec un médiateur ou avec les mains. Elle semble apprécier les temps de relaxation avec la balle à picots et peut accéder à un certain état de relâchement.

Au niveau émotionnel, Noémie reconnaît différentes émotions simples : la tristesse, la joie, la colère. Le mime reste très difficile. Il lui arrive d'exprimer du déplaisir et de la frustration au moment de la fin de la séance. Elle présente une sensibilité à l'humour et aux blagues dont elle peut se saisir.

Domaine moteur :

Noémie se déplace principalement à l'aide d'un Kaye Walker[53]. Elle porte un casque de protection en cas d'éventuelles chutes. Sa marche semble plutôt adaptée et sécurisée malgré une forte fatigabilité. Un fauteuil est utilisé pour les trajets entre son domicile et l'établissement. Tout au long de la journée, elle porte un corset garchois avec une mentonnière et deux attèles. Lors des temps de retrait du corset, Noémie manifeste son envie de participer activement.

De la position debout, Noémie est capable, avec aide, de se mettre au sol en passant par la position quatre pattes. Au sol, la jeune fille se déplace principalement à quatre pattes en pouvant dégager une main pour tenir un objet. Elle s'assoit systématiquement en W, position qu'elle peut corriger lorsqu'on le lui demande. Les retournements sont possibles. Le relevé du sol demande beaucoup d'efforts.

Noémie présente une tétraparésie spastique. La légère hypertonie présente dans les membres supérieurs est principalement localisée au niveau des coudes et peu marquée près des mains. La spasticité des membres inférieurs est prédominante, notamment au niveau des adducteurs. La jeune fille parvient à un certain relâchement lors de temps de relaxation.

[53] Déambulateur avec 2 roues fixes avant et 2 roues arrières anti retour, qui permet un apprentissage de la marche en favorisant une extension et un alignement des jambes et du tronc. Le cadre se trouve derrière l'enfant et non devant.

Au niveau de la motricité fine, la latéralité graphique est à droite. La tenue de l'outil scripteur est adaptée, la prise tridigitale est acquise. Ses différents dessins comprennent des lignes, des croix, des ronds et des carrés. Cela correspond aux capacités d'un enfant de quatre ans. La préhension est adaptée. Les différentes manipulations restent cependant peu variées et pauvres.

Domaine cognitif :

Noémie exprime peu de curiosité envers de nouveaux objets. Ses initiatives et propositions restent rares. Le soutien de l'adulte est indispensable à ses expérimentations.

Ses expériences sensori-motrices et ses représentations psychiques restent très pauvres. L'accès à l'imaginaire demeure très limité. Un support visuel est nécessaire pour l'aider. Malgré cela, les propositions des séances précédentes peuvent être reprises facilement.

Le schéma corporel et l'image du corps :

La création d'un bonhomme en pâte à modeler reste sommaire. Le visage présente peu d'éléments. Les membres supérieurs et inférieurs ne sont pas représentés.

Le dessin du bonhomme révèle un visage peu construit et l'absence de pieds et de mains. La cotation correspond à l'âge d'un enfant de 4 ans et 9 mois.

Le test des somatognosies de Bergès renvoi à un niveau de développement de 4 ans Certaines parties du corps, non représentées sur le dessin du bonhomme sont connues : les oreilles, les genoux, le menton, les épaules… Noémie présente plus de difficulté à nommer les parties du corps sur l'examinateur, cela étant dû, en partie, à son inhibition.

Noémie ne semble pas avoir intégré le Kay Walker à son schéma corporel. Lors de ses déplacements, elle heurte régulièrement les portes ou les fauteuils dans autres enfants.

La petite fille accorde de l'importance à son apparence, ses vêtements, ses cheveux. Elle est souvent bien habillée, avec des serre-têtes colorés ou à paillettes qu'elle remet systématiquement après avoir enlevé le corset.

L'espace et le temps :

Noémie se repère bien au sein de l'institution tant au niveau des étages que des différentes salles. Certaines notions spatiales sont connues : devant/derrière, dessus/dessous, grand/petit, haut/bas, au milieu.

Les formes en cubes simples en 2D, sont facilement reproduites. Noémie manifeste de grandes difficultés lors du passage en 3D. La réalisation d'une pyramide à 6 cubes reste impossible.

Lors de l'épreuve du Mira Stamback, la reproduction des deux premiers rythmes est maitrisée contrairement aux suivants. Le symbolisme n'est pas acquis.

Les cartes séquentielles sont placées difficilement dans le bon ordre. Noémie sait se situer dans la journée : matin, midi, après-midi, soir, mais pas dans la semaine. Les jours de la semaine et les mois de l'année de sont pas connus.

Malgré ces petites connaissances de base, il lui est difficile de s'organiser dans l'espace et le temps. Elle présente une difficulté de mobilité de pensée et de représentation lorsqu'elle elle est en situation.

Synthèse du bilan :

Noémie est une petite fille de 9 ans, agréable et de bon contact. Elle participe activement à toutes les épreuves de bilans proposées. Elle se montre à l'aise dans la relation thérapeutique et réceptive aux différentes propositions de l'adulte. Il en ressort une volonté de bien faire, de susciter l'approbation de l'adulte.

Noémie présente une inhibition de langage et un manque d'initiatives personnelles. Ses expériences sensori-motrices et psychiques restent très pauvres. Des difficultés d'organisation temporelle et spatiale importantes sont mises en relief.

Ce bilan psychomoteur met en évidence un développement psychomoteur hétérogène et un retard global correspondant environ au niveau développemental d'un enfant de quatre ans.

Il semble important de l'amener et de l'accompagner à découvrir et expérimenter de nouvelles choses en la rendant au maximum actrice de ces propositions.

4. Le projet thérapeutique au sein de l'institution

Le projet thérapeutique institutionnel de chaque enfant est repensé et réécrit lors de la réunion annuelle de synthèse. Cette réunion rassemble l'ensemble des professionnels s'occupant de l'enfant quotidiennement ou pour une prise en soin spécifique.

Les objectifs prioritaires, pensés par les professionnels, pour l'année 2016-2017, sont de proposer un cadre contenant et sécurisant pour permettre à la jeune fille de continuer à gagner en confiance ainsi que de développer et poursuivre les apprentissages. Les moyens mis en œuvre par l'établissement sont un travail éducatif, deux séances d'ergothérapie, une séance de psychomotricité et une séance de psychologie hebdomadaires. Un bilan orthophonique est également proposé. L'intégration à temps complet au troisième étage semble intéressante pour envisager les ateliers scolaires. Il semble important de poursuivre les entretiens articulaires des membres inférieurs et du rachis et poursuivre le travail de stabilité du bassin pour améliorer la déambulation. Pour ce faire, deux séances de kinésithérapie et deux verticalisations hebdomadaires sont mises en place. De plus, une fois tous les quinze jours, Noémie participera à un groupe moteur jusqu'en juin.

Les attentes de la famille et du jeune sont entendues et prises en compte. La famille demande à ce que des activités sportives à l'extérieur soient proposées à Noémie, comme de la piscine par exemple. Un travail sur la propreté est également demandé. Les parents souhaiteraient qu'un

travail avec des cannes tripodes soit effectué. Au niveau scolaire, les parents de la jeune fille aimeraient qu'elle apprenne les lettres de l'alphabet.

5. Le projet thérapeutique en psychomotricité

Noémie bénéficie d'une prise en soins en psychomotricité au sein de l'établissement depuis cinq ans. Aux vues des difficultés de la jeune fille, la poursuite des séances de psychomotricité semble importante.

Durant l'année 2016-2017, les séances se dérouleront le jeudi matin à 9h, durant une heure, dans la salle de psychomotricité, à raison d'une fois par semaine.

Il est nécessaire d'apporter un cadre contenant et sécurisant pour permettre à Noémie de prendre confiance en elle. L'enrichissement de nouvelles expériences sensori-motrices et représentations psychiques sera recherché, tout en la rendant, au maximum, actrice de ces propositions. Il semble important de l'encourager à s'exprimer davantage et à utiliser le langage pour faire une demande.

L'utilisation du jeu de rôle apparaît intéressante pour investir l'imaginaire, le symbolisme et consolider sa construction psychocorporelle. Les repères spatio-temporels pourront être travaillés au cours de la création d'histoires.

IV. LA CONSTRUCTION PSYCHOCORPORELLE

1. La construction psychocorporelle

Le nourrisson qui vient au monde se situe dans une globalité psychocorporelle. Le corps « n'est pas l'instrument de la psyché mais son partenaire[54] ». La maturation neurologique,

[54] Robert-Ouvray S. L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant, s.robertouvray.free.fr

programmée de manière innée, permet au nouveau-né de développer ses compétences motrices. Tandis que la motricité et le corps évoluent, la psyché s'organise simultanément.

Geneviève Haag a largement écrit au sujet de la constitution de l'identité au sens large grâce à ses observations du nouveau-né, de l'enfant avec autisme et de l'enfant en situation de polyhandicap. Elle évoque les premières étapes du développement du moi par la constitution première d'un moi-corporel. Elle le relie à la maturation de l'image du corps qui se fait de manière céphalo-caudale comme la maturation neurologique. Elle montre l'intrication entre les vécus corporels et les premières ébauches de vie psychique.

On doit le terme d'image du corps, à Paul Schilder, présenté au travers de deux ouvrages écrits en 1923 et 1935. Pour lui, l'image du corps, schéma corporel ou modèle postural du corps sont équivalents et constituent la représentation qu'un sujet à de son corps dans l'expérience. Dans les années 1980, F. Dolto proposera une radicale distinction entre ces termes. Elle définit alors le schéma corporel comme la représentation consciente et cognitive du corps et l'image du corps comme une représentation fantasmatique, en grande partie inconsciente et correspondant à son investissement libidinal. Cette notion a ensuite été remise en cause par Didier Anzieu puis par Eric Pireyre pour qui une théorie de l'image du corps devrait entre autres intégrer la problématique de l'enveloppe corporelle et prendre en compte le développement à la fois affectif et anatomo-physiologique du bébé.

a) L'adhésivité normale

Pour Bullinger, le bébé est à l'origine traversé par un ensemble de flux sensoriels sans qu'il puisse distinguer ni leur nature, ni leur origine. Les sensations labyrinthiques, tactiles, auditives, visuelles ou olfactives assaillent l'organisme dont la seule réponse est au départ la régulation de son tonus qui permet l'ouverture ou la fermeture à ces sensations. On peut penser qu'il ressent ces flux uniquement sur le registre d'intensités qui le traversent et qu'il ne peut, au début, que gérer par le retrait ou l'agrippement. Winnicott a évoqué ces états primitifs en parlant d'angoisses archaïques. Il nomme principalement l'angoisse de liquéfaction et l'angoisse de chute.

Le premier mode d'organisation de ces flux sensoriels va donc se faire dans une relation de dépendance complète à l'environnement.

Pour Esther Bick, le besoin d'un objet contenant apparaît, dans l'état infantile non-intégré, comme la recherche effrénée d'un objet - une lumière, une voix, une odeur, ou tout autre objet sensuel - qui peut tenir l'attention et de ce fait être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité.

Lorsque le développement est plus heureux, le bébé va trouver dans sa relation avec les objets humains des rythmicités qui constitueront des invariants, une forme de répétition porteuse, qui vont lui permettre de constituer ce qu'on appelle « le fond relationnel ». C'est dans cette répétition d'un même, qui n'est pas pour autant de l'identique, que le bébé va trouver une première image du corps que l'on qualifie de bidimensionnelle ou adhésive. C'est un mode relationnel qui s'établit dans une forme d'indifférenciation entre soi et l'objet mais qui constitue des expériences de continuité essentielles et une première identification que Geneviève Haag a appelé identification primaire d'arrière-plan.

Pour Catherine Potel « Les expériences fondamentales qui s'enracinent dans les expériences du corps en relation à l'autre et à son environnement vont constituer un socle identitaire primaire, cette base narcissique solide, qui permettra d'accéder à des processus cognitifs qui engagent la pensée, la réflexion, ces mécanismes de symbolisation plus secondarisés[55] ».

b) Les identifications intracorporelles

C'est à cet objet portant et soutenant que le bébé va, selon Geneviève Haag, identifier certaines parties de son corps. Ainsi, dans les premiers mois de développement, le dos puis une moitié du corps du bébé vont être porteurs de la continuité et d'un fond sécurisant pour lui permettre une certaine exploration du monde. On parle d'identifications intra corporelles.

Dans le développement normal, cet appui s'intériorise progressivement en venant unifier le corps autour de l'axe vertical. Ajuriaguerra et Bullinger ont beaucoup insisté sur l'importance

[55] Potel C. (2010) p. 85

de l'axe vertébral dans l'organisation de la motricité. Or cette organisation motrice va de pair avec une organisation psychique qui permet d'investir la verticalité comme support d'une vitalité du self qui s'enracine dans ces identifications primaires.

c) Contenance et boucle de retour

À partir de ce fond relationnel, le bébé va progressivement rencontrer un autre qui se différencie de lui et donc se reconnaitre lui-même comme un corps. Wallon avait très bien repéré que ce dégagement de l'image du corps commençait par intégrer le visage, puis les mains et les jambes.

C'est dans la relation et dans l'interaction que cette image du corps séparée va se construire. L'imitation et le dialogue tonique ont une fonction essentielle. L'autre est alors un miroir renvoyant au bébé à la fois son image et une interprétation de cette image. On dit que l'objet renvoie suffisamment de même et de différent pour permettre au bébé de se sentir exister mais aussi de sentir que l'autre existe. Geneviève Haag utilise l'image du rebond.

Dans la circulation des interactions entre le bébé et sa mère une boucle s'installe qu'elle appelle « boucle de retour ». C'est cette circulation émotionnelle qui va transformer l'image du corps d'une surface bi- dimensionnelle en une enveloppe tridimensionnelle, ce qu'Esther Bick a nommé une peau psychique et Didier Anzieu le Moi-Peau.

d) Projection et confusion

L'installation de cette image du corps tridimensionnelle va distinguer un dedans et un dehors tant au niveau du corps de l'enfant que de celui de l'objet. A cette étape, les circulations de contenus corporelles vont devenir un enjeu important des vécus corporels du bébé.

L'intégrité de l'image du corps du bébé va s'appuyer sur le mécanisme de projection et plus particulièrement sur ce que Mélanie Klein a appelé l'identification projective. C'est un mécanisme de défense qui consiste à attribuer toutes les sensations désagréables à l'autre afin de localiser au dehors ce qui est douloureux mais aussi de prendre possession des sources de

satisfaction qui se trouvent chez l'autre. Pour maintenir l'unité de son corps assaillie par des perceptions désorganisantes, le bébé projette ses vécus corporels vers l'autre, à travers ses cris, ses pleurs et une motricité visant la décharge.

e) Individuation et séparation

C'est la transformation de ces projections par l'objet maternel et leur déplacement sur les objets extérieurs qui vont progressivement atténuer ces vécus clivés dans le très bon et le très mauvais et établir une bonne distinction entre le corps du bébé, le corps de la mère et l'espace partagé de la rencontre. Cet espace intermédiaire lieu des activités transitionnelles deviendra celui de la culture et du langage.

f) Les castrations symboligènes

Cette séparation corporelle passe par une forme de renoncement de l'enfant aux plaisirs du corps à corps. Au fur et à mesure de son développement l'enfant va rencontrer des limites et des interdits qui vont lui imposer une modification de son image du corps.

Didier Anzieu parle de l'interdit du toucher comme une étape nécessaire à la constitution d'un Moi pensant se dégageant du Moi- peau.

Françoise Dolto parle elle de castrations symboligènes pour désigner ces exigences progressives qui sont imposées à l'enfant. Elle introduit la notion de stades de structuration, chaque castration étant un passage nécessaire pour pouvoir aborder le stade suivant. Il y faut la parole ou l'acte d'un adulte qui lui signifie que la jouissance connue jusque-là n'est plus possible, compte tenu de son âge et de sa place dans l'espèce humaine. L'enfant se sépare d'un objet de satisfaction, y met des symboles à la place et investit un objet de substitution. Si la castration, processus qui prend un certain temps est réussie, elle est source de représentations symboliques, elle favorise la pensée et le langage.

La castration ombilicale à la naissance inaugure cette séparation du corps maternel. Lui succèdera la castration orale lors du sevrage ouvrant à l'enfant l'accès au langage, puis la

castration anale qui ne concerne pas seulement la propreté mais aussi le développement d'une motricité autonome de plus en plus éloignée de l'appui sur le corps maternel. Viendront ensuite la castration génitale et la castration œdipienne qui par l'interdit de l'inceste impose à l'enfant de trouver un objet de désir en dehors de la famille. C'est cette exigence de renoncement aux plaisirs sexualisés du corps à corps qui va, selon F. Dolto, constituer l'image inconsciente du corps.

Ce processus d'individuation se fait donc progressivement dans un dégagement de la confusion entre le corps de l'enfant et ceux de ses objets de relation. Dans ce processus, le bas du corps apparait comme le dernier bastion d'indifférenciation constituant une sorte de clivage horizontal.

2. Et chez l'enfant paralysé cérébral ?

a) Conscience et sentiment de soi endommagés

AR. Damasio définit la conscience comme « un phénomène entièrement privé et à la première personne, qui apparaît comme une partie du processus privé et à la première personne que nous appelons esprit…[elle] est la partie de l'esprit qui a trait au sens manifeste que l'on a de soi et que l'on a de connaître…[elle] a été inventée pour que nous puissions ressentir la vie[56] ».

Pour lui, la conscience est constituée deux entités bien distinctes : « la conscience noyau et la conscience étendue ». La conscience noyau est une forme simple de conscience qui gère ce qui se passe dans l'ici et le maintenant. Elle nous permet de savoir durant un bref instant que c'est bien nous qui sommes par exemple en train de ressentir telle sensation ou de voir tel objet. A ce niveau, il n'y a ni ailleurs, ni passé, ni futur. Cette conscience couvre toutes les pensées et choses à connaître qui peuvent être rendues conscientes. Elle est stable tout au long de la vie, elle n'est pas spécifique de notre espèce et est indépendante de la mémoire et du langage. Les

[56] Damasio AR. (2002) p.22-40

racines de la conscience noyau sont portées par des structures neuronales spécifiques qui servent de support à la représentation inconsciente des états corporels et qui constituent le « proto-soi ».

La conscience étendue place l'individu à un instant « t » de son histoire en y intégrant la connaissance qu'il a de son passé, de son environnement et l'anticipation de son futur[57].

Ce sont de ces deux types de consciences que vont émerger le sentiment de soi. La conscience noyau donnera naissance au « Soi central ». Il correspond au sentiment de soi dans l'acte de connaître. Il peut être déclenché par n'importe quel objet qui modifie le proto-soi.

La conscience étendue permet, elle, l'émergence du « Soi autobiographique ». Il repose sur la mémoire autobiographique alimentée par les expériences individuelles. Ces différentes formes de consciences et de Soi s'étayent les unes sur les autres. La conscience étendue ne peut exister sans la conscience noyau elle-même nourrie par le proto-soi.

Pour AR. Damasio, la conscience noyau est toujours préservée car elle est nécessaire à la survie de l'individu. Ce n'est par contre pas le cas de la conscience étendue qui peut être endommagée notamment suite à des lésions neurologiques (cortex frontal, temporal, noyaux sous corticaux).

Au niveau de la paralysie cérébrale, il est donc envisageable que chaque personne puisse avoir accès à une conscience et un sentiment de soi. Toutefois, la présence de lésions neurologiques sévères pose question quant à la continuité de ce sentiment. Il est ainsi fort probable que l'accès à la conscience étendue, qui permet d'assurer une continuité de pensée, de relier les évènements entre eux, d'engrammer les expériences et accéder ainsi à un Soi-autobiographique soit fortement compromis[58].

[57] Beaugrand I. (2016) p. 17
[58] Ibid, p. 18

b) Une grande dépendance

La difficulté essentielle est, pour un enfant paralysé cérébral, de par ses déficiences, d'être en incapacité d'assumer un certain nombre d'actes élémentaires de la vie quotidienne en termes de communication, de locomotion, de soins corporels. Il est en situation de dépendance à autrui.

De plus, dès le début de la vie, les interventions chirurgicales, examens sont autant d'expériences angoissantes qui viennent couper la rythmicité des échanges et instrumentaliser d'une certaine manière le corps de l'enfant, le dépersonnaliser.

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

Le temps où j'enlève et remet le corset de Noémie me renvoie à cette grande dépendance vis-à-vis de l'adulte. Ce temps peut ressembler à quelque chose de maternant. On touche le corps dans l'intimité du sujet. Il faut baisser un peu le pantalon, tirer le t-shirt pour bien placer le corset. Parfois Noémie restait très passive durant ce temps, faisait semblant de dormir et ne bougeait pas. J'avais alors l'image d'un corps instrumentalisé, un corps qui se laisse faire sans rien dire. Ces enfants sont souvent mobilisés, portés plusieurs fois dans la journée. Il me semble donc essentiel de rendre Noémie active durant ce temps et de la considérer entièrement comme sujet.

V. LA PRISE EN SOINS EN PSYCHOMOTRICITE

1. Les séances avec la psychomotricienne

Noémie bénéficie d'une séance hebdomadaire de psychomotricité depuis l'année 2011. Depuis deux ans, ma maître de stage s'occupe de la petite fille. Les premières séances de la rentrée scolaire 2016 se sont organisées autour de l'histoire d'Anna et de sa maman. Noémie jouait le rôle d'Anna et la psychomotricienne, celui de la maman. Ensemble, elles ont créé une maison avec les différentes pièces : les chambres d'Anna et de la maman, la cuisine, la salle de bain, le salon... L'histoire se déroulait le matin, l'après-midi ou le soir, un jour d'école ou non. Anna pouvait aller à l'école et sa maman au travail. Parfois elles allaient au parc pour jouer au ballon.

2. Les séances en ma présence

J'ai débuté mon stage fin septembre 2016 au sein de l'Institut d'Education Motrice. Dès le premier jour j'ai participé à la séance de psychomotricité de Noémie. L'histoire d'Anna et de sa maman était déjà construite. J'ai d'abord observé l'installation de la maison et des différents éléments de l'histoire. Puis, la psychomotricienne a proposé que je prenne le rôle du papa, ce que Noémie a accepté. J'ai conservé ce rôle durant les séances du mois d'Octobre. L'histoire était enrichie au fur et à mesure d'éléments nouveaux.

3. La création d'une nouvelle histoire : Léa et Sophie

Au retour des vacances de la Toussaint, ma maître de stage m'a demandé de choisir un enfant auprès duquel j'aimerais travailler. J'ai choisi de m'investir davantage dans les séances

de Noémie. La psychomotricienne est restée lors des premières séances en observatrice afin de marquer la transition et m'éclairer de ses conseils.

Les jeux de rôles étant une médiation intéressante et appréciée par Noémie, j'ai décidé de poursuivre dans ce sens en construisant une nouvelle histoire à deux.

Lors de nos premières séances, nous avons créé ensemble deux nouveaux personnages : Léa et Sophie. L'utilisation de pâte à modeler puis le support de l'image nous ont permis de donner un âge, un lieu d'habitation et un lien d'amitié entre ses deux personnages. Léa et Sophie ont toutes les deux 9 ans. Habitant dans leur maison respective, elles se retrouvent pour des temps d'école, de jeux au parc ou des vacances à la plage.

Noémie choisi de jouer le rôle de Léa, tandis que je serais Sophie. Ces deux personnages nous suivront tout au long de l'année, dans une histoire allant en s'enrichissant au fil des séances.

Deuxième partie :

Le jeu avec Noémie

I. LES DEFINITIONS DU JEU

Avant de présenter plus en détails les différentes étapes du jeu au cours du développement de l'enfant, il me semble important de revenir sur les définitions et les fonctions du jeu. Le jeu étant une notion vaste, je m'appuierai sur plusieurs auteurs d'obédiences différentes. Cette approche pluridisciplinaire permettant d'adopter selon moi une vision plus globale et plus juste du jeu.

1. Une activité créatrice et une quête de soi

Le pédiatre et psychanalyste Donald Woods Winnicott étudie les thèmes du jeu et de la créativité dans son ouvrage Playing and Reality paru en 1971.

Winnicott formule son hypothèse sur les objets transitionnels et les phénomènes transitionnels en 1951. « Cette aire intermédiaire d'expérience existe en tant que lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine interminable qui consiste à maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure. »[59] Partant d'un état d'indifférenciation où le monde et le soi ne forment qu'un tout, l'enfant va se découvrir progressivement grâce à l'établissement d'un espace intermédiaire ou transitionnel ne relevant ni de la réalité intérieure, ni de la réalité extérieure.

Cet espace est le jeu (playing), celui où un objet dit transitionnel, permet la projection de soi dans le monde extérieur. Il est différent du jeu (game) qui s'exprime en se pliant à des règles préexistantes.

Pour Winnicott, le jeu est essentiel dans l'établissement de la relation objectale et dans la maturation de l'enfant. Il établit un continuum allant des phénomènes transitionnels au jeu, puis au jeu partagé, ouvrant une aire privilégiée de la connaissance de soi et aussi d'autrui, pour aboutir, enfin, aux expériences culturelles et à l'activité créatrice.

[59] Winnicott D.W (2015) p. 30

Jouer est une activité créatrice et une quête de soi. C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi[60]. Se montrer créatif, c'est une situation dans laquelle on ne se donne pas de but au départ ; c'est un fonctionnement décousu, une association libre d'idées. Par la créativité qu'il permet, par l'exploration du monde qu'il suscite, le jeu contribue à façonner l'identité de l'enfant.

Winnicott présente divers intérêts au jeu de l'enfant [61] : par plaisir, pour exprimer l'agressivité, pour maîtriser l'angoisse, pour accroître l'expérience, pour établir des contacts sociaux, pour intégrer sa personnalité, pour communiquer avec les autres.

Le jeu est étroitement lié à l'environnement. Pour Winnicott, le jeu ne peut se développer que dans des conditions privilégiées pour l'être. L'état de jeu peut s'avérer très fragile. Une irruption extérieure peut l'interrompre tandis que trop de prévenances est aussi dangereux.

2. Un processus de subjectivation

Fabien Joly, psychomotricien, psychanalyste et psychologue clinicien défini le jeu comme « un - sinon « le » carrefour princeps du processus de subjectivation, à tous ses niveaux et à toutes ses étapes, un nœud complexe et mouvant de ce qui fait la spécificité même de l'homme psychique. »[62] Il rappelle la différenciation faite en anglais entre le game (jeu réglé, jeu sportif, jeu de société), le play (jeu spontané, jeu imaginaire et symbolique), le gamble (jeu de hasard ou jeu à risque), et le playing en insistant alors précisément, avec ce suffixe « ing », sur le processus de création et de transformation ludique en train de se faire.

F. Joly, met en avant ce qu'il nomme le carrefour psychomoteur du jouer. « L'enfant qui joue met, dans le même temps et le même mouvement en travail sa curiosité et ses apprentissages cognitifs, sa sensori-motricité et le plaisir bien tempéré de son corps-en-relation, autant que sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle selon les logiques *propres à sa*

[60] Winnicott D.W. (1975) p.110
[61] Ibid, p. 131
[62] Joly F. (2014) p.9

topique subjective et à son économie personnelle. »[63] Cette pluridimensionnalité de l'objet complexe qu'est le jeu est à prendre en considération. Pour finir, ce complexe ludique s'inscrit, en effet, inévitablement dans une trajectoire processuelle et multidimensionnelle de croissance et réorganisations successives. Il est proie à de nombreuses transformations et remaniements considérables au décours du parcours de subjectivation de chacun, de la croissance psychique, du développement cognitif, psychomoteur, comme des diversifications sociales culturelles et interrelationnelles de chaque sujet.

3. Une fonction symbolique

Le jeu de la bobine ou Fort/Da a été décrit par Freud dans Au-delà du principe de plaisir. Freud observe son petit-fils d'un an et demi qui lance au loin une bobine, en accompagnant son geste d'un mot « Fort » et la ramène en tirant sur un fil attaché à la bobine en disant « Da ». Il note que l'enfant reproduit ce jeu à chaque absence de sa mère et que le deuxième acte lui produit le plus de plaisir. Freud relie alors ces jeux à la situation de l'enfant à cette période : une période où sa mère s'absentait pendant de longues heures. Le jeu symboliserait ainsi la disparition et la réapparition de la mère. Freud a interprété ce jeu de disparition-retour comme une manière pour l'enfant de mettre en scène les disparitions et retours de sa mère et par là même de devenir actif par rapport à cet événement au lieu de simplement le subir. « Ainsi, la relation avec la mère évolue de la dépendance totale à la possibilité de gérer l'angoisse liée à l'absence de la figure maternelle par la symbolisation. Cette symbolisation se retrouve dans le jeu à travers le faire semblant[64] ».

Le jeu serait donc similaire à un espace psychique dans lequel l'enfant peut faire le lien entre présence et absence, dedans et dehors, lui et les autres. Dans cet espace qui apprivoise le manque, il ne se pose pas la question du vrai ou du faux, et pénètre dans un univers singulier situé entre le réel et l'imaginaire où il peut déplacer, représenter, jouer ses émotions : c'est l'univers symbolique.

[63] Joly F. (2014) p.11
[64] Linise M. (2014) p.21

Selon Freud, le jeu est la projection et la reconstitution de conflits et d'évènements désagréables en vue de les maitriser. Il révèle quelque chose de la vie intérieure et de la motivation de l'individu. Le jeu ne montre pas la réalité objective que vit l'enfant mais la réalité psychique. Le jeu est donc un moyen d'accès au vécu psychique de l'enfant. A travers le jeu, l'enfant renforce son moi, rejoue et tente de résoudre certains conflits inconscients.

4. Une expérimentation du monde social

Les pratiques et objets ludiques sont infiniment variés et marqués profondément par les spécificités ethniques et sociales. Conditionné par les modes d'habitat ou de subsistance, limité ou encouragé par les institutions familiales, politiques et religieuses, fonctionnant lui-même comme une véritable institution, le jeu des enfants, avec ses traditions et ses règles, constitue un véritable miroir social. A travers les jeux et leur histoire se lit non seulement le présent des sociétés, mais le passé même des peuples. Une part importante du capital culturel de chaque groupe ethnique réside dans son patrimoine ludique enrichi par les générations successives, mais menacé parfois aussi de détournement et de dépérissement.

Le sociologue, Ludovic Gaussot, définit les activités ludiques comme l'une des modalités de l'expérimentation du monde social, au double sens d'appropriation et de construction. Ces activités participent dans la construction sociale de l'identité et de la réalité.[65]

K. Groos formulait sa théorie de l'exercice préparatoire. Selon lui, le jeu constituerait, chez les petits humains, comme chez les petits des bêtes, une procédure instinctive d'acquisition des comportements adaptés aux situations que l'adulte aura à affronter par la suite[66].

[65] Joly F. (2015) p. 33
[66] Unesco (1979) n° 34 p. 6

II. LE JEU DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Au cours des séances de psychomotricité avec Noémie, j'ai observé de nombreux aller-retours entre des de jeux de faire semblant et des jeux qualifiés de sensori-moteurs. Mes observations m'ont poussée à étudier les différents types de jeu présents au cours du développement de l'enfant ainsi que leurs intrications.

Plusieurs auteurs ont essayé de proposer un classement. À la vue des différentes analyses, il apparaît qu'établir une classification raisonnée du jeu s'avère être un exercice difficile car l'on aboutit à des typologies divergentes selon les perspectives de leurs auteurs : psychologique, psychopédagogique, anthropologique, empirique, utilitaire.

Piaget a établi une classification génétique avec une évolution en trois stades : les jeux d'exercices, les jeux symboliques, les jeux à règles. Jean Chateau s'en rapproche avec une classification en quatre étapes : les jeux fonctionnels de la petite enfance, les jeux symboliques, les jeux de prouesse et les jeux sociaux. Le sociologue français, Roger Caillois s'attache plus à dresser une typologie des jeux selon quatre attitudes fondamentales : les jeux de compétition, les jeux du hasard, les jeux de simulacre et les jeux de vertige[67].. Son ouvrage, Les jeux et les hommes, constitue une tentative de définition et de classement universel du jeu. L'auteur précisait les caractéristiques permettant de distinguer le jeu des autres pratiques humaines. Le jeu se définit dès lors comme une activité libre, circonscrite dans des limites d'espace et de temps précises et fixées à l'avance, incertaine, improductive, réglée et fictive[68].

J'ai choisi ici de distinguer les jeux sensori-moteurs, les jeux fonctionnels, les jeux de faire semblant, les jeux à règles et les jeux sociaux. Cette classification me permet une meilleure compréhension de mes observations cliniques.

[67] Caillois R. (1967) p. 45- 91
[68] Ibid. p.43

1. Les jeux sensori-moteurs

a) L'apport de Jean Piaget

Le terme sensori-moteur est utilisé par Jean William Fritz Piaget (1936) pour décrire une période du développement entre la naissance et 18-24 mois. Il développe une théorie constructiviste de la genèse de l'intelligence et des connaissances humaines. Il s'intéresse à la mise en place du savoir, par le sujet sous forme de structures mentales. Il postule que le bébé puis l'enfant construit ces structures activement, par le biais de conduites sensori-motrices. En insistant sur le rôle fondamental de l'activité de l'enfant dans son développement, il introduit un début de rupture conceptuelle avec le maturationisme[69]. Piaget divise le développement psychologique de l'enfant en plusieurs stades, chacun lui-même divisé en sous stades, conditionnant le suivant. Les trois grandes étapes sont l'intelligence sensori-motrice du nourrisson (0-2 ans), la période de préparation et d'organisation des opérations concrètes (2 à 11/12 ans) et la pensée hypothético-déductive de l'adolescent (11/12 à 16 ans).

Le développement sensori-moteur a été décrit en particulier par Piaget comme une généralisation progressive de coordinations locales et partielles à l'ensemble des systèmes perceptifs et moteurs. Les premières, élaborées dans les deux premiers mois après la naissance, intéresseraient uniquement la région buccale, puis s'harmoniseraient aux perceptions visuelles. Ensuite s'instaurerait, autour de quatre mois, la coordination de la vision et de la préhension, qui introduit un système de plus. Ainsi, de proche en proche se construirait une coordination générale, telle que l'illustre la marche autonome. Mais cette conception s'est vue contestée par la mise en évidence de coordinations diverses et précoces et d'unifications partielles qui n'obéissent pas à une généralisation de proche en proche.

[69] Scialom P., Giromini F., Albaret J-M. (2014) p. 28

b) La sensori-motricité revisitée par André Bullinger

La lecture de J. Piaget et d'H. Wallon dans une perspective clinique de compréhension du développement sensori-moteur est une des origines de la pensée d'André Bullinger. Il y puise des éléments de compréhension du développement des gestes et des postures ainsi que la structuration progressive des schèmes. « Il garde de J. Piaget la position constructiviste et la méthode d'observation médiatisée par une situation problème. Le principe de Wallon que bébé est d'emblée social, la filière développementale tonus émotions sont incorporés d'emblée dans sa compréhension[70] ». L'enjeu était pour lui de synthétiser les éléments fondamentaux de la formation des actions sensori-motrices.

Pour André Bullinger, les interactions entre stimulations sensorielles et sensations toniques profondes occupent une place centrale dans le développement sensorimoteur. L'intégration entre sensibilité profonde et signaux issus des flux sensoriels permet de constituer la fonction proprioceptive, qui est amenée à se modifier en fonction des interactions entre l'organisme et son milieu. Cette sensibilité proprioceptive complète le traitement des informations intéroceptives et des informations extéroceptives. Elle permet à l'organisme d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque segment du corps. Un flux sensoriel peut se définir comme un ensemble dynamique de signaux continus et orientés qui vont venir stimuler la surface sensible d'un capteur mobile. Si, dans une perspective sensori-motrice, les flux sensoriels et la sensibilité profonde sont toujours indissociables, leur intégration n'est possible que si l'enfant est acteur du traitement des flux sensoriels fournis par le milieu. Le traitement actif des flux sensoriels permettrait à l'enfant une instrumentalisation du corps. L'instrumentation correspond à l'acquisition progressive de compétences sensori-motrices permettant d'utiliser le corps comme outil pour agir sur le milieu.

[70] Mellier D. (2015) p.446

c) Lien entre perception et action

L'intrication entre l'action et la perception ainsi que l'idée d'une continuité entre les différents aspects de la cognition motrice ont fait l'objet de nombreuses recherches notamment par le psychologue américain William James, et plus récemment dans ceux du neurophysiologiste américain Roger Sperry, prix Nobel de médecine.

Roger Sperry souligne que le cycle perception-action est la logique fondamentale du système nerveux. Les processus de perception et d'action sont en effet fondamentalement imbriqués : la perception a pour fonction de permettre une action, et l'action a pour fonction d'obtenir une certaine perception. On peut dire que le cerveau des vertébrés a évolué pour réguler des activités motrices, sa fonction essentielle étant d'identifier des schémas dans la perception sensorielle pour les traduire par des schémas de coordination motrice. La perception et l'action s'appuient non seulement sur les mêmes traitements de l'information mais également sur les mêmes structures neuronales sous-jacentes, les neurones miroirs. Les neurones miroirs sont une catégorie de neurones du cerveau qui présentent une activité aussi bien lorsqu'un individu exécute une action que lorsqu'il observe un autre individu exécuter la même action, ou même lorsqu'il imagine une telle action, d'où le terme miroir.

d) Développement et intégration sensori-motrice

Pour Bullinger, le développement sensorimoteur se conçoit comme une suite d'étapes qui s'emboitent en suivant une direction céphalo-caudale. Ces étapes aboutissent à la maitrise successive d'espaces corporels différents : l'espace oral, l'espace du buste, l'espace du torse et l'espace du corps en déplacement. Cette construction de l'axe corporel assure la mise en relation des acquisitions posturales, des coordinations sensorimotrices et des représentations spatiales.

Durant la période 0-2 mois, on observe une coordination des fonctions de captures des flux et des conduites d'exploration permettant l'élaboration instrumentale de la bouche et la construction de l'espace oral. De 2 à 3 mois, les mécanismes d'extension/flexion s'équilibrent,

ce qui permet un redressement progressif de l'axe céphalo-caudal et rend possible la création d'un arrière fond. Cette notion d'arrière fond va permettre la mise en place de la coordination entre vision focale et vision périphérique et rendre possible l'instrumentation du regard vers l'âge de 3 mois. La maîtrise de l'espace du torse, vers 4-6 mois se traduit par des rotations du haut du corps permettant l'émergence de la coordination entre espaces droit et gauche. Enfin la maîtrise de l'espace du corps, vers 7 mois, repose sur la coordination entre le haut et le bas du corps grâce à l'investissement du bassin. La mobilisation du bassin entraîne une prise de conscience des jambes, que le bébé va investir dans leur fonction exploratoire et de portage, rendant ainsi possibles de nouvelles acquisitions comme la marche, les déplacements dans l'espace ou encore la propreté.

e) Les jeux sensori-moteurs de l'enfant

Les jeux sensori-moteurs sont les premiers jeux de l'enfant. Ce sont pour beaucoup des jeux corporels avec les parents, souvent initiés par eux (bateau sur l'eau, l'avion, comptines...) Le petit enfant, dès la naissance, va s'exercer à maîtriser ses mouvements et ses gestes. Pour cela, il va répéter sans cesse les mêmes gestes, refaire les mêmes actions. Ces activités vont lui permettre de découvrir son propre corps dans un premier temps puis son environnement immédiat, les objets qui passent sous sa main… Ces jeux procurent à l'enfant un plaisir lié notamment à l'immédiateté du résultat. Les répétitions des actions vont lui permettre de vérifier ses hypothèses. Ces jeux vont permettre à l'enfant de développer ses capacités motrices : marcher, ramper, attraper, tirer, grimper, verser, faire rouler… Avec le développement du langage, les jeux faisant appel aux mots, aux chansons (jeux chantés) viendront s'ajouter aux jeux moteurs. Si ces jeux sont l'activité principale du tout petit enfant, ils resteront encore présents dans l'activité ludique des plus âgées.

2. Les jeux fonctionnels

Julien Perrin, psychomotricien, décrit les jeux fonctionnels comme un type de jeu qui renvoi à la capacité de l'enfant à utiliser le support de façon conventionnelle c'est-à-dire dans sa fonction première. Une petite voiture est ainsi faite pour la faire rouler, un livre pour que ses pages soient tournées, un puzzle pour être assemblé, etc. Ces jeux apparaissant à partir de 10/12 mois sont le fait du bébé qui reproduit pour le plaisir du mouvement des gestes adaptatifs.

Les jeux de cet âge permettent à l'enfant d'expérimenter les sensations de son corps, de sentir et de mesurer ses forces en interactions avec le réel. Ils sont une première expérience de puissance d'action car l'enfant en fait l'expérience, notamment avec la satisfaction de la répétition du geste. Ces jeux préfigurent l'apparition de la fonction symbolique, c'est-à-dire la capacité à évoquer des objets, des personnes ou des situations médiatisées en utilisant des symboles notamment gestuels et langagiers.

Dans un premier temps, cette forme d'activité ludique est caractérisée par une envie de maitriser l'objet, par exemple empiler les boites qui se maintiennent en équilibre pour monter une tour stable. L'intérêt pour les jeux de construction, d'encastrement ira grandissant à partir de 30 mois. Suite à une expérimentation où l'enfant fonctionne par essais-erreurs, peu à peu, celui-ci se rend maître des éléments et il en ressent une grande fierté. Parallèlement, un échange relationnel avec l'autre peut se mettre en place.

3. Les jeux de faire semblant

a) La fonction symbolique

Le développement de la fonction symbolique est la capacité d'évoquer des objets ou des situations non perçues, au moyen de signes ou de symboles. Elle permet à l'enfant de se représenter des choses par le passage des schèmes sensori-moteur aux schèmes conceptuels. La mise en place de cette fonction symbolique permet l'accession progressive de l'enfant à un

monde de représentation. L'enfant dispose d'une capacité naissante à intérioriser l'action avant de l'effectuer. Jean Piaget nomme cette action intériorisée l'intuition, action non réversible, transition nécessaire entre les actions purement sensori-motrices et les opérations du stade opératoire concret. Le sujet se servira des schèmes sensori-moteurs déjà assimilés et les accommodera en fonction de ses nouvelles capacités mentales. Il devient donc capable de différencier un signifié absent (l'objet, le concept) et un signifiant (le moyen qui sert à le représenter) ou un symbole (motivé individuellement ou socialement)[71].

Cette nouvelle faculté se caractérise par l'apparition de conduites comme l'imitation différée, les jeux de faire semblant, le dessin symbolique, les images mentales et le langage.

b) Les jeux fictionnels

Grâce aux capacités de représentations, l'enfant peut reproduire symboliquement le réel, l'imiter ou le transformer. Les jeux ne sont plus uniquement fonctionnels, guidés par les schèmes sensori-moteurs. Entre 18 et 24 mois, les jeux de faire semblant ou symboliques, correspondant au jeu de fiction, de rôle, apparaissent. Le rôle de l'imaginaire y est prédominant.

Les jeux de faire semblant ont plusieurs formes : incarnation d'un personnage, utilisation d'objets fictifs, transposition des caractéristiques d'un objet absent vers un autre objet. La poussette de la poupée sert aussi de panier à provision, les ustensiles du jeu de dînette deviennent de merveilleux instruments de musique, le lit devient une cabane, etc. L'enfant développe non seulement une activité motrice mais aussi une capacité psychique intense.

Selon Susanna Millar[72], le jeu et notamment celui de faire-semblant possède plusieurs fonctions : une forme d'exploration des sentiments et des émotions dans des situations nouvelles ainsi qu'une stimulation dans un milieu ennuyeux qui peut mener l'enfant aux rires, à l'agressivité ou aux larmes. Selon elle, ces jeux entrainent une diminution de l'angoisse générée par des situations traumatisantes en aidant l'enfant à digérer l'expérience. Des

[71] Piaget J. (1994) p. 93-110
[72] Millar S. (2002) p. 191

évènements troublants peuvent être répétés afin de leur donner un sens. Pour finir, les jeux fictionnels constituent une reproduction et une modification d'évènements afin de les maîtriser selon le désir de l'enfant. C'est donc aussi une manière de réinventer l'espace et le temps, de jouer sur la manière d'être au monde.

4. Les jeux à règles et les jeux sociaux

Les jeux à règles et les jeux sociaux font leurs apparitions vers l'âge de quatre ans, simultanément à l'établissement de liens privilégiés avec les pairs. Ces jeux créatifs et singuliers sont intermédiaires entre les premières imitations et les jeux collectifs plus structurés. Les capacités intellectuelles, que l'enfant développe durant ce stade, donnent accès aux jeux éducatifs ou de construction qui nécessitent des notions de sériations, classification ou réversibilité. Ces mêmes capacités permettent à l'enfant de se décentrer et d'élargir ses intérêts au monde extérieur : la confrontation avec les pairs et l'observation des adultes favorisent l'émergence de règles qui se complexifient au fur et à mesure[73].

Entre deux et sept ans, l'enfant passe sans distinction d'un type de jeux à un autre (jeux sensorimoteurs, moteurs, symboliques, à règles, etc.) Ils peuvent être concomitants ou s'appuyer l'un sur l'autre. A partir de sept ans, Château constate la prédominance des jeux sociaux avec notamment des jeux de prouesse et de compétition[74].

Ces jeux se prolongent tout au long de la vie (sport, jeux de société, etc.). Ils supposent un certain niveau de maturation cognitive et psychoaffective comme la capacité de se décentrer par rapport au point de vue de l'autre et l'acceptation de la norme du groupe. Ils participent à la socialisation et conduisent l'enfant à concevoir des relations d'égalité et de réciprocité avec ses pairs.

Puis à l'aube de l'adolescence, apparaissent les jeux de groupe organisés, tels que les jeux de compétition coopérative et les jeux de régulation stricte (cérémonies, danses).

[73] Linise M. (2014) p. 22
[74] Vachez-Gatecel A. (2016) p. 33

Bien que les jeux des enfants et des adolescents, vont être plutôt à dominance de telle ou telle forme (plutôt fictionnel, ou plutôt jeux à règles...), ils sont souvent une combinaison de plusieurs de ces formes. Par exemple, un jeu de rôle implique à la fois le faire comme si et aussi tout un ensemble de règles de jeu de société, précises.

III. SE RENCONTRER POUR JOUER

1. Entrer en relation

Le terme de relation qui provient du latin relati*o* signifiant « rapport, compte rendu ». D'après le dictionnaire Larousse, la relation désigne le lien, le rapport qui existe entre des choses ou des personnes. « Dès la conception, l'individu est un être en relation. Commence alors toute la construction de l'appareil psychique, avec des liens permanents entre le corps, le mouvement et la pensée[75] ».

Dans le langage courant, elle exprime le fait d'entretenir des liens avec une personne, avoir des contacts avec quelqu'un. Toute notre vie humaine est construite autour d'échanges, d'interactions, de communications, de relations avec notre environnement et avec les autres. C'est une caractéristique de notre être en tant qu'il se définit comme lien à autrui. Ainsi, la relation est considérée comme innée chez l'humain, nous sommes des êtres de relation. La relation, concernant au minimum deux personnes, se révèle de nature dynamique, c'est-à-dire qu'elle est en constante évolution, en mouvement. C'est un phénomène actif.

Pour H. Bucher, éducatrice spécialisée, kinésithérapeute et psychomotricienne, « la relation au monde, avec ses états de sécurité ou d'inquiétude, de plaisir ou de déplaisir ; la relation avec autrui […] ; sans compter cette étroite correspondance tonique et émotionnelle

[75] Reignoux C. (2012) p.37

qui s'élabore entre la mère et l'enfant[76] » participe à la singularité des phénomènes vécus et au développement de la personnalité.

Les relations prennent la forme d'interactions qui sont déterminées par des positions sociales différentes. Dans ses recherches sur la proxémie, E. Hall démontre l'influence de la culture sur nos distances sociales. Le contexte, le cadre, déterminent la création et la nature de la relation entre plusieurs personnes. Les modalités qui composent la relation en seront influencées : la communication verbale et non verbale, l'intersubjectivité, l'émotion, l'échange, le comportement.

2. La relation thérapeutique

Dans le cadre du soin, la relation soigné- soignant est nommée relation thérapeutique. Elle représente un ensemble d'échanges intervenant entre deux personnes dans le cadre d'une prise en soin apportée à l'une d'elles. Chaque nouvelle rencontre reste singulière, représentant la promesse d'une nouvelle histoire humaine. Comme le souligne C. Potel, ce lien entre thérapeute et patient sera « au cœur même du processus thérapeutique, le socle du travail[77] ».

Le psychomotricien s'appuie sur des techniques, mais qui ne se satisfont pas d'elles seules, qui lui demandent une écoute, une disponibilité et une créativité indispensables. Le travail en psychomotricité est dépendant des outils, techniques et compétences du psychomotricien. Cependant, il est essentiel qu'une relation de qualité se crée entre le patient et le psychomotricien.

Dans le cadre de la prise en soins de Noémie, la rencontre et l'instauration d'une relation thérapeutique sont essentielles à un bon accompagnement. Une relation thérapeutique est une construction mutuelle, un accordage qui demande du temps. L'instauration d'une relation peut

[76] Bucher H. (1994) p.17

[77] Potel C. (2010) p.316

prendre plus ou moins de temps, mais elle restera en constance évolution tout au long de la prise en soins. Elle demande de la part du thérapeute une bonne distance vis-à-vis de l'enfant.

Lors de ma première rencontre avec Noémie je suis restée en observatrice. Puis j'ai rapidement intégrée l'histoire qu'elle avait créé avec la psychomotricienne en jouant le rôle du papa.

Au cours des premières séances, Noémie me regardait peu, et ne venait pas vers moi. Elle interagissait principalement avec la psychomotricienne. Puis, au fur et à mesure des séances et de l'enrichissement de l'histoire, Noémie a accepté que j'aille la chercher à l'école au bord d'une voiture imaginaire. Elle a commencé à me regarder davantage, à me montrer ses dessins, ses jeux, à venir interagir directement avec moi.

La rencontre, l'échange, la découverte de l'autre s'est fait au fur et à mesure. Nous nous sommes rencontrés dans les séances de psychomotricité et dans le jeu.

Decety, les deux composantes de l'empathie sont « une réponse affective envers autrui qui implique un partage de son état émotionnel et la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne[79] ».

L'empathie est fondée sur notre capacité à reconnaître qu'autrui est semblable à soi mais sans confusion entre soi-même et l'autre. Par conséquent, une caractéristique essentielle de l'empathie réside dans la distinction entre soi et l'autre et ce en parallèle avec l'expérience d'un partage affectif. On parle alors de « représentations partagées[80] ».

Le psychologue C. Rogers montre que l'empathie nécessite un effort de décentration pour se tourner vers l'autre en se focalisant sur son vécu. L'empathie exige de se mettre à la place de l'autre en faisant comme si nous y étions. « Accepter l'autre comme il est, être centré

[78] Manoukian A., Masseboeuf A. (2008) p.59
[79] Ibid p.60
[80] Jacquet C., Neveu P., Pireyre E. et *al.* (2014) p.198

plus sur sa personne plutôt que sur son problème, lui témoigner du respect sont, entre autres, les ingrédients d'une relation de type empathique avec son patient[81] ».

Ainsi, le concept d'empathie est intimement imbriqué avec la notion d'affects et d'émotions, ce qui peut expliquer la difficulté à être empathique sans se laisser envahir, que ce soit par ses propres émotions ou par celles du patient. Dans ce cas, nous passons de l'empathie à l'identification, donc à une forme de sympathie. De ce fait, si le soignant veut mettre en place une relation soignant-soigné de qualité, il doit essayer d'être dans l'empathie, d'être à l'écoute et de comprendre les émotions du patient, sans les assimiler à sa propre individualité. L'empathie requiert la présence sensible et l'attitude d'écoute du thérapeute.

Dans la prise en soins, j'éprouvais des difficultés à comprendre ce qui est exprimé et ressenti par Noémie. La capacité à donner sens aux expériences émotionnelles et à les intégrer dans son propre éprouvé est mise à l'épreuve. J'avais également tendance à avoir mes propres représentations sur ce que pouvait ressentir Noémie. Mes observations dans le jeu m'ont permis de me dégager progressivement de mes préjugés pour être disponible au vécu de Noémie.

b) La disponibilité psychique

La mise en place d'une relation passe par la présence physique stable et sereine de l'adulte mais aussi une disponibilité psychique pour que l'enfant se sente exister à ses yeux. Ce portage psychique passe par le regard, la verbalisation, la gestuelle qui offrent un soutien, qui encouragent, qui portent de l'intérêt à l'enfant, qui réconfortent, qui félicitent, qui manifestent une confiance à l'égard de l'enfant. Être à l'écoute de soi et de l'autre, pour le psychomotricien, permet de percevoir les émotions de l'autre et en même temps de prendre conscience de ses propres réactions toniques et motrices pour leur donner un sens. Il y a une notion de transfert et

[81] Ibid p.209

de contre-transfert psychomoteur, la compréhension de l'autre nous est permise grâce à nos éprouvés corporels.

Chez Winnicott, la contenance psychique s'exprime à travers le holding. Ce qu'il désigne sous le terme préoccupation maternelle primaire est conçu par Bion comme une relation d'identification projective mutuelle entre la mère et le bébé, à travers laquelle l'angoisse persécutrice primitive (éléments β projetés) est soulagée grâce aux capacités de contenance et d'élaboration psychique de la mère. Ce qui signifie qu'elle exerce sa fonction α en apportant une réponse adéquate aux signes de tension, de détresse, manifestés par l'enfant. Ces éléments α servent à former les pensées conscientes et inconscientes. L'enfant peut les intégrer, il peut les assimiler, ce qui va constituer son appareil psychique.

J'ai pu observer que lorsque je n'étais pas disponible psychiquement, lors des séances avec Noémie, la relation avec elle en était impactée. L'histoire de Léa et Sophie était également moins construite. J'avais le sentiment de tourner en rond, de ne pas réussir à ouvrir cette histoire. Avec le recul, je réalise que j'étais focalisée sur l'histoire, en cherchant ce que les deux petites filles pourraient faire de nouveau plutôt que d'être en relation avec Noémie. J'étais dans le faire et non dans le penser. Le manque de disponibilité, impacte la relation et forcément le jeu avec l'enfant.

3. La juste distance thérapeutique

La distance se définit comme la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable. Elle a ainsi donné les expressions suivantes : « garder, prendre ses distances », « tenir quelqu'un à distance ». La notion de distance renvoie donc à la fois à la possibilité de proximité et à celle de l'éloignement. Par ailleurs, elle est complexe car elle sous-entend qu'il existe un lien étroit entre distance physique et distance psychique, émotionnelle.

Selon P. Prayez, psychologue clinicien, il existe une juste distance, qu'il définit comme « la capacité à être au contact d'autrui malgré la différence des places[82] ». Elle implique d'être pleinement conscient des enjeux émotionnels et affectifs, mais aussi des intérêts éthiques qu'entraîne cette relation interpersonnelle. Ainsi, pour mettre en place une distance juste avec le patient, il faut que le soignant soit dans « l'intention juste[83] », c'est-à-dire en ayant la volonté de trouver un certain équilibre entre ce qu'il veut apporter à l'autre, et ce que celui-ci est en droit d'attendre en tant que patient.

La recherche de la bonne distance est sans doute à trouver dans une certaine posture professionnelle plutôt que dans une distance professionnelle. La notion de posture professionnelle définit une attitude, une manière d'être dans l'échange. Il faut trouver le juste équilibre entre le risque de tomber dans une relation de type fusionnelle et le risque d'être si distant que l'on ne peut rien entendre de la souffrance du patient.

Pour E. Mallem, la bonne distance professionnelle est celle qui permet une communication de qualité avec le patient, et donc une écoute attentive de ses besoins, mais également de sa souffrance.

On peut penser que la bonne distance thérapeutique peut être différente en fonction du professionnel, ses valeurs, son histoire de vie, ses différentes expériences professionnelles et du patient, la gravité de sa pathologie, le lieu et la durée de sa prise en charge, le plus important étant l'intention juste.

A plusieurs reprises, Noémie venait se coller contre moi et me serrait fort dans ses bras pendant un long moment, notamment en fin de séance, juste avant de remettre son corset. Cette situation me mettant un peu mal à l'aise, je me suis questionnée sur la juste distance thérapeutique ainsi que sur la séparation.

Au fur et à mesure des séances, j'ai commencé à trouver ma juste place entre stagiaire et thérapeute. Un travail autour de la séparation, de ce temps, notamment à l'aide d'un calendrier a permis à Noémie comme à moi de trouver une juste distance dans cette relation thérapeutique.

[82] Prayez P. (2009) p.75
[83] Ibid p.74

IV. L'EVOLUTION DES SEANCES

1. A chacun sa maison

Suite à la création de nos personnages, deux petites filles de 9 ans, Léa et Sophie, je propose à Noémie de leur construire une maison. Noémie décide que nos personnages n'habitent pas ensemble mais sont voisines. Nous commençons à construire deux maisons distinctes. Je m'occupe de la maison de Sophie, personnage que j'incarnerai tout au long de l'histoire tandis que Noémie entame celle de Léa.

Noémie se précipite vers de nombreux objets, précédemment utilisés dans l'histoire d'Anna et sa maman, créée avec la Psychomotricienne. Elle pose tous les objets sur le tapis qui délimite l'espace de sa maison. Ils sont disposés en tas sans réelle délimitation de pièces. Il y'a beaucoup de jeux présents un peu partout sur le tapis.

Créant chacune notre maison de notre côté, nous la présentons ensuite à l'autre en distinguant les différentes pièces et objets présents. Je pose des questions à Noémie pour essayer d'identifier les différents objets et leur fonction puis je l'aide dans la structuration de cette maison. Nous différencions quatre pièces : la chambre, la cuisine, la salle de bains et le salon. Le lit est matérialisé par un rond de moquette, les briques en mousse représentent la cuisine et les aliments. Noémie les nomme comme étant des gâteaux. Un tuyau de plastique rouge prend la fonction de douche. Enfin les jeux ainsi qu'une boîte à forme carrée servant de télévision prendront leur place dans le salon. Je propose à Noémie d'utiliser des bâtons en plastiques pour délimiter les différentes pièces.

Nous avons dessiné les maisons afin de nous souvenir de la place des objets et des pièces. Chaque début de séance a débuté par la reconstruction des maisons de Léa et Sophie. Au fur et à mesure, la maison de Léa était de mieux en mieux structurée. Chaque objet avait une fonction précise et la gardait tout au long de l'histoire. Cette maison est devenue un repère fixe, stable pour Noémie afin d'explorer de nouvelles situations.

2. Jeux de regards et d'imitation

L'histoire de Léa et Sophie a alors réellement débuté. Au début de chaque séance, nous définissons le jour de la semaine et le moment de la journée (matinée, midi, après-midi, soirée) durant laquelle l'histoire se déroule pour apporter un cadre spatio-temporel.

D'abord chacune dans sa maison, nous débutons la journée en nous réveillant. Je vais dans la salle de bain, prendre une douche et m'habille avant d'aller prendre mon petit déjeuner dans la cuisine. Noémie m'observe avec attention puis imite mes actions dans le même ordre. Il se crée alors un jeu de symétrie et d'imitation. Noémie me regarde et cherche mon regard, mon approbation. Malgré le fait que les petites filles ne soient pas dans la même maison, un lien s'instaure.

Pendant plusieurs séances, Noémie a repris mes propositions principalement par l'imitation. Avec le recul, je pense avoir été parfois trop directive, en enchainant de nombreuses propositions sans prendre en compte le temps de latence important et le temps d'exploration nécessaire à Noémie.

3. Il est temps de sortir

Rapidement, l'histoire s'est ponctuée de sorties et de rencontres entre les petites filles. Une brique en mousse a pris la fonction de téléphone afin que Léa et Sophie puissent communiquer. Des rencontres à l'école, au parc, ou dans la maison de l'autre ont permis aux deux personnages de se retrouver et de mieux se connaître.

Je décide d'appeler Noémie qui était dans sa maison, en mimant un téléphone avec mes doigts et un bruitage. Noémie me regarde et m'imite en disant « allo ». Je lui propose alors de venir manger un gâteau chez moi pour le goûter. Elle accepte et se dirige précipitamment dans ma maison. Nous définissons ensemble une porte d'entrée pour chacune de nos habitations.

La séance suivante, lors de l'installation de la maison, Noémie me désigne un cube en mousse vert comme le téléphone et le place à côté de ses jeux. Je fais alors de même.

Pendant plusieurs séances, nous avons repris l'histoire des deux maisons. J'essayais petit à petit de structurer et d'enrichir l'histoire d'éléments nouveaux : une voiture pour aller à l'école, de nouveaux aliments autres que les gâteaux... Noémie a commencé à prendre confiance en elle, à proposer de petites choses. Ses dessins s'enrichissent et reprennent des éléments de l'histoire.

4. Une sortie au parc

L'histoire a évolué vers une sortie au parc. Les deux maisons ont laissé place à une grande aire de jeu. En partant de dessins et d'images du parc nous avons installé plusieurs

éléments : tobogan, ballon, anneaux, jeux... Cet espace a pris une grande partie de la salle, laissant libre l'exploration sensori-motrices.

Ce temps, plus libre m'a permis de me dégager d'une certaine forme de directivité. J'ai réduit mes inductions verbales en observant davantage Noémie. Ces explorations communes ont mis en relief l'importance du dialogue tonico-émotionnel et nous ont permis de nous rencontrer dans un cadre moins rigide.

5. Le départ en vacances

J'ai proposé à Noémie que Léa et Sophie puissent partir en vacances à la mer. Noémie connaît la mer, elle y va régulièrement pendant les grandes vacances. Nous commençons par regarder des photographies de la plage. J'aide Noémie à repérer le sable, l'eau, les transats...

Puis nous installons l'espace ensemble. Des bâtons servent de délimitation entre l'eau et le sable. Des ronds en moquette représentent les transats. De nombreux jeux sont présents. Noémie exprime de l'intérêt et de la curiosité pour le sable kinétique que nous installons au centre du parc. Les premières séances seront exclusivement consacrées à l'exploration du sable et à la construction d'un château de sable.

Après plusieurs séances, nous commençons à explorer l'espace environnant. Dans un premier temps, Noémie me regarde un peu perplexe, elle me semble perdue. Puis, petit à petit, elle reprend mes propositions d'une séance à l'autre. Après un temps d'exploration, l'histoire se met progressivement en place. Léa et Sophie explorent de nouvelles choses : baignade, sieste, goûter à la plage, jeu de ballons... L'histoire se structure et s'enrichie.

Noémie me semble de plus en plus à l'aise dans la relation et dans l'histoire. Elle commence à être à l'initiative de nouvelles propositions. En voyant une nouvelle table dans la la salle de psychomotricité elle la montre du doigt en mimant l'action de manger. Nous intégrons alors un restaurant à côté de la plage où les deux petites filles viennent prendre un repas. Malgré une inhibition toujours très présente, Noémie utilise davantage la parole pour

effectuer une demande. Elle se montre plus présente lors des temps de retrait et de remise du corset.

V. REFLEXIONS PERSONNELLES SUR CETTE PRISE EN SOINS

1. Entre stagiaire et thérapeute

La place de stagiaire de troisième année n'est pas aisée. Encore étudiante et pourtant bientôt professionnelle, on attend de nous une certaine implication, un investissement auprès des enfants. Au cours de mes premières semaines de stage je me sentais un peu perdue, désemparée. J'avais peur de mal faire et de ne pas savoir comment interagir avec les différents enfants que je côtoyais. Un temps d'observation des jeunes, de leur capacités et difficultés ainsi qu'un accompagnement de ma maître de stage et de mon maître de mémoire m'ont aidée à m'investir davantage et à trouver progressivement ma place.

L'institution se présente sur plusieurs étages. Chaque étage fonctionne plus ou moins indépendamment des autres. Ma maître de stage prenant principalement en séances des enfants du deuxième et troisième étage, je connais très peu les enfants et les professionnels du premier étage. De plus n'étant présente qu'un jour par semaine, je n'ai pas pu m'intégrer complètement à l'équipe professionnelle.

On m'a demandé de choisir plutôt rapidement un enfant avec lequel j'aimerais le plus travailler. Le début de la prise en soins auprès de Noémie n'était pas évident. J'éprouvais des difficultés à me positionner en tant que soignante. De plus, la rencontre avec la petite fille m'a fait prendre conscience que j'investis beaucoup le langage durant les interactions et que je me sens démunie face à une petite fille qui parle peu et propose peu de choses. Il faut à la fois être source de propositions tout en lui laissant le temps et l'espace pour devenir l'initiatrice de ses propositions.

2. Un cadre à mettre en place

Le cadre est une notion issue de la pratique psychanalytique appliquée ensuite à tous les développements de la psychothérapie. C'est un espace privé, c'est-à-dire où le public n'est pas admis, où se déroule la rencontre : faite de perceptions par les sens qui forment images et mots, et où s'écrit une histoire dans l'histoire, protégé aussi par la pudeur. Il contient l'intériorité, la pensée de chacun.

Le cadre thérapeutique s'inscrit lui-même dans un cadre institutionnel. Le cadre interne du thérapeute est contenu dans le cadre de soin, lui-même contenu dans un cadre institutionnel, qui est lui-même inscrit dans une société avec des règles (cadre législatif). Ainsi, le psychomotricien n'est pas seul dans son exercice mais est encastré dans d'autres processus structurants. Le cadre interne du thérapeute est constitué de sa personnalité, de ses formations, de ses référentiels théoriques et de sa déontologie professionnelle.

Le cadre est tout d'abord structurant, à la fois délimitant et contenant. Il délimite un dedans et un dehors, un avant/pendant/après, une présence et une absence. La contenance accompagne les expériences d'appropriation et soutient la symbolisation. Le cadre est gage d'une solidité ni trop rigide, ni trop fragile. Il doit donc amener une sécurité suffisante. Malléable, il doit pouvoir être attaqué sans pour autant être détruit.

Noémie peut présenter une certaine précipitation dans ses actions et un manque de repères spatio-temporels. Il est important de lui apporter un cadre structurant et contenant qui lui permette d'organiser sa pensée. Mes différentes séances ont été construites de la même façon afin de lui offrir des repères spatio-temporels stables. Chaque séance débute par un temps de retrait du corset. Ce temps permet aussi de se retrouver, de connaître comment se sent Noémie, de se poser des questions. Puis nous débutons l'histoire de Léa et Sophie, après l'installation du matériel nécessaire à celle-ci. Je propose ensuite un temps de dessin, de jeu ou de relaxation. Enfin nous remettons le corset avant de retourner au troisième étage. Ce temps permet de marquer la fin de la séance.

3. Entre directivité et non-directivité

La directivité répond à un programme explicite, avec des objectifs échelonnés. La non-directivité ne signifie pas quant à elle de tout laisser faire, ni de ne rien faire. Il s'agit de ne pas savoir à l'avance ce qui va se jouer tout en gardant en tête l'indication et le projet de soin.

J'ai éprouvé des difficultés à trouver ma place dans le jeu en tant que Sophie. Durant les premières séances, jouer une petite fille de 9 ans, ne me posait pas de problème. Cependant, lorsque Léa et Sophie se sont retrouvées à l'école, je n'arrivais pas à me positionner. J'alternais entre le rôle de la petite fille de 9 ans et celui d'une adulte qui induisait un grand nombre de propositions. A force de ne pas savoir comment jouer cette petite fille, je suis rentrée dans une forme de directivité. A vouloir enrichir le jeu à tout prix, je parlais trop et ne laissais pas le temps ni l'espace à Noémie de s'exprimer et de proposer de nouvelles choses.

Noémie présente un temps de latence important qu'il faut prendre en compte. De plus, il faut faire attention à ne pas proposer trop d'informations (visuelles, tactiles, auditives...) en même temps. Elle a besoin d'un étayage de la part de l'adulte mais aussi de temps pour explorer les propositions, les intégrer et les enrichir.

Cet accordage entre directivité et non-directivité s'est mis en place au fur et à mesure des séances en fonction de mes observations, de l'avancement de l'histoire, des réponses de Noémie.

VI. DU JEU AU JE

1. Les expériences tonico-émotionnelles

La communication verbale, psychique et corporelle est au cœur du jeu de rôle. Nous avons vu que Noémie présente une grande inhibition. Or cette médiation met en jeu tous les canaux de communication corporelle : mimiques, attitudes, gestualités, activité motrice, modifications toniques fines et généralisées, le regard... L'importance du dialogue tonico-émotionnel s'est imposée entre moi et Noémie au cours de l'évolution de l'histoire de Léa et Sophie. On explore différentes manières d'échanger et de communiquer, en éprouvant les différents canaux de communication.

Les aventures de Léa et Sophie, les sorties au parc, à la plage, le restaurant, ont permis à Noémie « d'habiter d'autres corps que celui de son symptôme, de son fantasme, de son quotidien[84] ». La petite fille peut explorer des états tonico-émotionnels différents des siens et développer ses capacités expressives. Il est important de noter que lors de l'histoire, Noémie n'a plus son corset. Cela lui procure une plus grande liberté de mouvements, d'exploration corporelle et lui permet d'éprouver des expériences psychocorporelles nouvelles. La diversité des activités stimulantes et étayantes, ouvre l'enfant vers l'extérieur. Elle sollicite, à travers le développement d'un espace tiers et en assurant la séparation, la confiance en soi. Elle va étayer et soutenir les processus d'individuation et la construction identitaire. Ces expériences sensori-motrices viennent « consolider l'intégration et l'actualisation du schéma corporel et l'intégration de l'axe corporel, indispensable au maintien d'une identité satisfaisante, et renforce le sentiment d'un corps unifié[85] ».

[84] Sibony D. (1997) p.83
[85] Linise M. (2014) p. 70

Par ses nouvelles expériences tonico-émotionnelles, Noémie a progressivement pris confiance en elle en s'appuyant sur mes propositions afin d'en amener de nouvelles. Elle a également investi davantage la parole dans les échanges entre Léa et Sophie.

.

2. Les référentiels spatio-temporels

Malgré ces petites connaissances de base, Noémie a des difficultés à s'organiser dans l'espace et le temps. Elle présente une difficulté de mobilité de pensée et de représentation lorsqu'elle est en situation. La construction d'une histoire permet d'instaurer des repères spatio-temporels stables. Ces repères apportent un cadre structurant permettant une exploration de nouvelles expériences.

La construction de l'espace est un temps à part entière de la séance. En début de séance, nous prenons le temps d'installer le matériel que nous allons utiliser. Nous choisissons ensemble où vont aller les deux personnages de notre histoire : à la maison, à l'école, au parc, à la plage... Puis je demande à Noémie de définir le jour et le moment durant lequel se déroule l'histoire. Cette structuration du temps et de l'espace est donc une structuration de pensée.

3. De nouvelles représentations

Par le jeu, l'enfant joue, rejoue des situations connues, parfois certaines situations qui le préoccupent. En début d'année, Noémie jouait principalement une histoire autour d'une petite fille et de sa maman. Les deux personnages allaient au parc ou à l'école. Il semblait difficile d'ouvrir l'histoire sur d'autres propositions. Les expériences motrices et les représentations de Noémie restent assez pauvres.

Jouer permet un passage par l'acte pour se représenter. Représenter « c'est rendre active une présence en la projetant sur un espace où elle est plus parlante. C'est déplacer les données

vers un cadre plus jouable[86] ». La symbolisation se construit à partir de l'activité perceptivo-motrice.

Tout au long de l'année, le passage par l'image a été nécessaire pour permettre à Noémie d'accéder à de nouvelles représentations. La création d'un porte vue comprenant différentes images de lieux explorés par Léa et Sophie (maison, le parc, la plage, le restaurant) nous a permis d'explorer de nouveaux lieux, de nouvelles propositions. A chaque début de séance, nous y revenions, en regardant les images. Au fur et à mesure, nous avons pu nous en dégager et commencer directement l'histoire.

L'étayage du thérapeute est essentiel. Il s'agit de stimuler, de nourrir les représentations de Noémie afin qu'elle puisse explorer, enrichir et s'approprier de nouvelles expériences. Celles-ci participant grandement au développement de sa construction psychocorporelle.

[86] Sibony D. (1997) p.148

CONCLUSION

Cette troisième année d'études a été enrichissante et formatrice en tous points. Ma rencontre avec Noémie, m'a permis de redécouvrir la médiation du jeu à travers une construction d'histoire et d'en comprendre son intérêt. Les progrès de Noémie ont montré que l'utilisation du jeu de rôle a tout son sens. Cette médiation a permis de développer les capacités relationnelles de la jeune fille et de soutenir son développement psychocorporel, le déploiement d'une identité propre.

Cette histoire entre Léa et Sophie m'a fait prendre conscience que le jeu de faire semblant ne va pas de soi. Une rencontre et l'instauration d'une relation thérapeutique sont essentielles. Au travers de cette rencontre, j'ai, à de nombreuses reprises, questionné mon cadre, mon engagement psychocorporel, afin de trouver le bon ajustement et la bonne posture dans cette prise en soins. L'élaboration de ce mémoire m'a permis d'interroger régulièrement les intérêts des séances et d'en cerner les enjeux psychomoteurs.

Je n'ai abordé que succinctement l'importance de l'environnement dans le développement psychocorporel de l'enfant. C'est un point essentiel qui mérite d'être développé et que je souhaiterai approfondir personnellement. Durant ma deuxième année d'études, j'ai effectué un stage long au sein d'un Centre Médico Psychologique. La famille avait une place importante dans la prise en soins de l'enfant et les rencontres avec les parents étaient fréquentes. Le fonctionnement de l'Institut d'Education Motrice est très différent. La plupart des enfants viennent par des transports spécialisés. Les familles sont donc peu présentes au sein de l'établissement. Le lien et les échanges avec les familles m'ont manqué et j'aurais apprécié rencontrer les parents de Noémie.

Au cours de cette année, ma réflexion sur le développement psychocorporel s'est enrichie. Je continue à m'interroger sur le vécu et le développement des enfants cérébrolésés tout en questionnant les évolutions possibles de Noémie et la limite de la prise en soins en psychomotricité.

BIBLIOGRAPHIE

AMIEL-TISON C. (2004), *L'infirmité motrice d'origine cérébrale,* Masson, Paris.

ANZIEU D., (1985), *Le Moi-peau,* Paris, Dunod, 1995.

BEAUGRAND I. (2016), *Etre polyhandicapé mais être SOI avant tout*, Paris.

BOBATH B., BOBATH K. (1986), *Développement de la motricité des enfants IMC*, Masson, Paris.

BONNOTTE L., GUITARD S., LEQUENNE F. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 3 : Clinique et thérapeutiques,* Louvain-la-Neuve.

BUCHER H. (1994), *Psychomotricité : Le « plaisir d'être » comme thérapie*, Paris, Éditions Masson.

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche*, Editions Erès.

CAHUZAC M (1980), *L'enfant infirme moteur d'origine cérébrale*, Masson.

CAILLOIS R. (1967) *Les jeux et les hommes*, Gallimard, Paris.

CROUAIL A., MARECHAL F. (2006), *Prise en charge globale de l'enfant cérébro-lésé, troubles moteurs, cognitifs et psychiques*, Masson, Paris.

DAMASIO A R. (2002), *Le sentiment même de soi, corps, émotions, conscience,* Odile Jacob, Paris (1999).

DOLTO F. (1984) *L'image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil.

FREUD S. (1968) *Au-delà du principe de plaisir*, Editions Payot, Paris.

GIROMINI F., ALBARET J-M., SCIALOM P. (2015) *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 2 : Méthodes et techniques*, Louvain-la-Neuve.

GUIDETTI M., TOURRETTE C. (2004) *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*, Paris.

HAAG G. (1998) *Constitution du moi-corporel et de toutes les étapes du développement du moi qui sont d'ordre corporel,* Paris.

JACQUET C., NEVEU P., PIREYRE E. et al. (2014) *Les liens corps esprit*, Dunod, Paris.

JOLY F. (2015) *Jouer… Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*. In Press Editions.

JOUEN F., MOLINA M. (2000) *Le rôle des flux sensoriels dans les débuts du développement,* In Enfance, Numéro 03, Paris.

LE MÉTAYER M. (1990) *Rééducation Cérébro-motrice du jeune enfant, éducation thérapeutique,* Éd Masson.

LINISE M. (2014) *Du jeu de rôle au je dans le groupe*, Paris

MANOUKIAN A., MASSEBOEUF A. (2008) *La relation soignant-soigné,* 3ème édition, Lamarre.

MAZEAU M. (2000) *Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant*, Masson, Paris.

MELLIER D. (2015) *La sensori-motricité revisitée et anoblie par André Bullinger*, In Enfance, Numéro 04, Paris.

MICHEL S. (2011), *Réflexion sur la distance relationnelle en psychomotricité auprès de jeunes atteints de paralysie cérébrale (IMOC)*, Paris.

MILLAR S. (2002) *La psychologie du jeu chez les enfants et les animaux*, Payot.

PIAGET J. (1994) *La formation du symbole chez l'enfant*, Delachaux et Niestlé.

POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien*, Erès.

PRAYEZ P., SLIWKA C. (2009), *Distance professionnelle et qualité du soin*, Lamarre, 2003.

PYREIRE E. (2011), Clinique de l'image du corps, du vécu au concept, Dunod, Paris

REIGNOUX C. et al., sous la direction de GATECEL A. (2012), *Recherche en psychosomatique, la psychomotricité relationnelle*, Éditions EDK, Paris.

ROSENBAUM P. and coll (2007) *The Definition and Classification of Cerebral Palsy*, Dev Med Child Neurol.

SIBONY D. (1997), *Le jeu et la passe*, Paris, Seuil.

VACHEZ-GATEVEL A. (2016), *L'enfant et l'imaginaire, Jouer, Créer, Rêver*, Dunod, Malakoff.

WINNICOTT D.W. (1975) *Jeu et réalité*, Gallimard.

UNESCO, *L'enfant et le jeu, Approches théoriques et applications pédagogiques*, Etudes et documents d'éducation n°34.

SPERRY R.W. (1952) *Neurology and the mind-brain problem*, In American Scientist, volume 40.

ANNEXES

Annexe XXIV bis au décret n° 56-284 du 9 mars 1956

Modifiée par le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989

Nota bene : L'essentiel de cette réglementation, actualisée, est désormais inscrite dans le paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III du Code de l'action sociale et des familles (Partie réglementaire).

[…]

I. Dispositions générales

Article premier

Sont visés par la présente annexe les établissements et les services qui prennent en charge des enfants ou adolescents dont la déficience motrice nécessite le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, l'éducation spécialisée, la formation générale et professionnelle, afin de réaliser l'intégration familiale, sociale et professionnelle.

Annexe XXIV ter au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 :

Nota bene : L'essentiel de cette réglementation, actualisée, est désormais inscrite dans le paragraphe 3 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III du Code de l'action sociale et des familles (Partie réglementaire).

[…]

I. Dispositions générales

Article premier

Sont visés par la présente annexe les établissements et services qui prennent en charge des enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expressions multiples associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite 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 concourant à l'exercice d'une autonomie optimale.

RESUME

Dans ce mémoire j'interrogerai l'intérêt du jeu dans la construction psychocorporelle d'une enfant infirme moteur d'origine cérébrale. J'ai progressivement pris conscience à quel point le jeu était essentiel pour un développement harmonieux, la construction d'une subjectivité, d'une identité, d'une autonomie corporelle et psychique. A travers la construction et le jeu d'une histoire, j'ai fait la rencontre de Noémie. Cette prise en soins m'a amené à questionner l'utilisation du jeu de rôle avec cette petite fille, ses apports et bénéfices dans sa construction psychocorporelle. Je retracerai mon vécu personnel, en passant par mes réflexions sur la relation thérapeutique et mon ajustement psychocorporel au cours de l'histoire.

Mots-clés : Paralysie cérébrale, psychomotricité, jeux, jeu de rôle, construction psychocorporelle, rencontre, relation thérapeutique, distance.

SUMMARY

In this memoir I shall attempt to analyse the interest of playing in the body-mind development of a young child who suffers from cerebral palsy. I will show how I gradually become conscious that play is incredibly important for a child's development, helping to shape key social, creative, language, emotional, cognitive and physical processes. Through the role play sessions, I was able to meet Noémie and deeply connect with her. Sessions after sessions we built together a story. Role playing enabled me to become aware of the necessity for bulding a strong therapeutic relationship with the child. Throughout the process, I also realised the importance of my receptiveness, my empathy and the right distance between I and Noémie.

Keywords : Cerebral palsy, psychomotricity, game, play, body-mind development, meeting, therapeutic relashionship, distance.