



HAL
open science

L'apport de la médiation canine en psychomotricité auprès des enfants polyhandicapés

Emmanuelle Andreu

► **To cite this version:**

Emmanuelle Andreu. L'apport de la médiation canine en psychomotricité auprès des enfants polyhandicapés. Psychologie. 2018. dumas-01838814

HAL Id: dumas-01838814

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838814>

Submitted on 13 Jul 2018

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.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

Du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

**L'apport de la médiation canine en psychomotricité
auprès des enfants polyhandicapés.**

ANDREU Emmanuelle

Née le 29/01/1992 à Talence (33)

Nom du directeur de Mémoire : RAUZY Amandine

Juin 2018

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire et plus particulièrement :

L'ensemble des personnes m'ayant accueilli sur mes différents lieux de stage qui m'ont beaucoup apporté durant cette année.

Je m'adresse notamment aux enfants et professionnels dont j'ai croisé la route et qui m'ont permis d'avoir matière à réfléchir sur mon futur métier.

Je remercie également l'institut de formation, qui, malgré une année mouvementée, a su être présent pour les étudiants.

Je remercie à présent plus particulièrement mes maîtres de stage, Pascaline BOURRAGUE et Amélie YOLLIN, pour leur soutien, leurs nombreux conseils ainsi que le partage de leur pratique professionnelle.

J'adresse également un grand merci à ma maîtresse de mémoire et maître de stage, Amandine RAUZY pour sa disponibilité et son soutien dans ma réflexion, et qui, malgré une année très chargée, a pris le temps de m'accompagner, de me soutenir dans la rédaction de ce mémoire, et ce, toujours dans la bonne humeur.

Je remercie également tous ceux qui ont pris le temps de relire ce mémoire, et plus particulièrement Béatrice LAVILLE.

Pour finir, je tiens à remercier l'ensemble de mon entourage pour son soutien durant mes années d'études.

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction	3
1. Le polyhandicap	5
1.1 Définition.....	5
1.2 Etiologie et prévalence	8
1.3 Troubles liés au polyhandicap	9
1.4 La place des interactions précoces.....	12
1.5 Impact sur le développement psychomoteur de l'enfant	17
2. La médiation canine	23
2.1 Qu'appelle-t-on médiation ?.....	23
2.2 Qu'est-ce que la médiation animale ?.....	24
2.3 Qu'en est-il du chien ?.....	26
2.4 Les spécificités du chien.....	29
3. Médiation canine auprès des enfants atteint de polyhandicap au Jardin d'Enfant Spécialisé (JES)	37
3.1 Prise en soin de l'enfant porteur de polyhandicap.....	37
3.2 Les rencontres avec Magic	43
3.3 Attachement et accordage affectif	46
3.4 Support du développement sensori-moteur	51
3.5 Sentiment d'identité.....	59
3.6 Communication	62
3.7 Etude de cas d'Antoine.....	65
Conclusion.....	78
Table des matières	83

Introduction

L'idée de ce sujet mémoire prend ses racines dans une succession d'événements de vie me ramenant toujours à cette médiation : le chien.

Depuis mon enfance, j'ai toujours été entourée de ces animaux, devenant d'inconditionnels amis. Ces êtres dénués de parole ont toujours été un soutien pour moi dans les bons, comme dans les mauvais moments. Cette expérience personnelle a nourri ma réflexion : s'ils peuvent aider à un mieux-être au quotidien, ne pourraient-ils pas, à l'aide d'un thérapeute, devenir un moteur dans la prise en soin d'un individu ?

C'est au cours de mon cursus de psychologie que j'ai réellement pu découvrir le soutien de ces animaux auprès de patients. Peut-on qualifier cela de hasard ou de chance? Mon chemin croisa celui de Georges-Henri ARENSTEIN. Celui-ci donnait des cours de psychologie de la personnalité à Montréal, enseignement que j'ai suivi. Ce psychologue dispensait également une formation en médiation animale. Animée d'un désir profond, j'ai profité de cette occasion pour suivre ce cursus au sein du Centre l'Authentique.

Ces années passées en formation en psychologie m'ont réellement intéressée mais je ressentais progressivement l'envie d'une approche différente de la personne : qu'en était-il de la place du corps ? Je désirais alors pouvoir appréhender l'individu dans son versant psychologique mais également en lien avec le corporel.

Je changeais donc de voie et me retrouvais à l'école de psychomotricité. Je découvrais alors de nouvelles médiations et mettais de côté la médiation canine. Puis, la recherche de stage pour la troisième année a débuté. C'est alors que cette médiation s'est imposée à moi comme une évidence. J'ai eu la chance de croiser le chemin d'une de mes maîtres de stage, justement sur le point de mettre en place cette médiation auprès d'enfants atteints de polyhandicap. Je ne pouvais pas laisser passer cette chance.

Lors des premiers jours dans l'établissement, j'ai pu rencontrer chaque enfant au sein de leur vie quotidienne, en dehors des séances de psychomotricité. Un questionnement m'est alors apparu : comment faciliter la communication avec ces enfants ? En effet, le polyhandicap engendre bien souvent des difficultés de communication. Lors des premiers moments en

compagnie de ces enfants, je me sentais alors démunie de ne pas savoir comment interagir avec eux, la communication verbale étant très faible voire absente.

L'interaction entre un chien et un enfant de l'établissement fut pour moi une révélation. Ce petit garçon ne communiquant habituellement que par de légers regards se mit à lever les bras et à afficher un large sourire suite au contact avec le chien. C'est à ce moment précis que je sus quel sujet j'allais traiter.

Au-delà de l'aspect relationnel et communicationnel, je me demandais alors quels autres apports le chien pouvait-il apporter dans la pratique psychomotrice.

Cette réflexion s'articulera donc autour de la problématique suivante : **quels sont les apports de la médiation canine en thérapie psychomotrice, auprès des enfants atteints de polyhandicap ?**

Car, si de telles réactions peuvent survenir spontanément hors prise en soin, je ne peux qu'imaginer le bénéfice de l'animal à faire partie de notre pratique psychomotrice.

Le cheminement de ce travail se fondera, dans une première partie, sur la notion de polyhandicap en psychomotricité. J'envisagerai ensuite la question de la médiation canine avant d'évaluer, à partir de mes expériences issues du stage de troisième année, l'éventuel apport de la médiation canine en thérapie psychomotrice.

1. Le polyhandicap

1.1 Définition

1.1.1 Qu'est-ce que le handicap

A notre époque, les lois cherchent à faire intégrer les personnes en situation de handicap au mieux dans notre société, comme le montre la loi du 11 Février 2005 (loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté de la personne handicapée). Mais ceci n'a pas toujours été le cas. Le handicap est une notion complexe ayant changé au fil des décennies. D'après M. DECEY dans *L'enfant déficient moteur polyhandicapé* (p.48), le mot « handicap » est lui-même très récent. En effet, sa première apparition officielle eu lieu en 1957 sous les mots de « travailleur handicapé ».

Mais ce mot provient du « hand in cap » dans le domaine sportif : on peut le traduire littéralement par « main dans le chapeau ». En effet, il représentait la volonté d'une égalité des chances lors des courses en donnant des difficultés supplémentaires aux meilleurs.

Les représentations sociales ont évolué suivant les époques, attribuant ainsi, aux personnes en situation de handicap, une place et des droits particuliers. Tout ce processus démontre en partie la complexité de ce concept.

En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a tout d'abord défini le handicap ainsi : « *est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises* ».

Puis, la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a, dans son article 114, redéfini la notion de handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Ainsi, à travers ces deux définitions, nous pouvons voir que la notion de handicap met en avant la difficulté à interagir avec son environnement et à s'y intégrer, sur le plan social, éducatif et professionnel, causé par des limitations physiques et/ou mentales.

D'après A. BULLINGER dans *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* « le handicap va se comprendre comme l'écart entre la réalité de fonctionnement d'un individu et les représentations que le milieu a élaborées à son égard » (p.52).

Dans *L'enfant déficient moteur polyhandicapé*, « le handicap résulte de la conjonction de caractéristiques personnelles, particulièrement évidentes en matière de polyhandicap, et de facteurs environnementaux et sociaux qui non seulement agissent comme des facteurs positifs (facilitateurs) ou aggravants (« surhandicapants ») mais participent aussi à la genèse même des situations de (poly)handicap » (p.52).

Une classification élaborée par Philippe WOOD et publiée par l'OMS en 1980 a tenté de décrire le handicap de manière globale. Son nom est la Classification Internationale des Handicaps (CIH). D'après M. DECEY dans *L'enfant déficient moteur polyhandicapé*, la CIH considère le handicap comme « un processus situé en aval des pathologies médicales (maladies, malformations, traumatismes), selon trois facettes ou dimensions : l'atteinte du corps (les déficiences), le retentissement fonctionnel dans la vie courante et les activités (les incapacités), l'impact sur l'accomplissement des rôles sociaux (les désavantages) » (p.49).

1.1.2 Les différents types de handicap

D'après C. CARDENOUX et al. dans *Le polyhandicap de l'enfant à l'adulte : Acquisitions en médecine physique et de réadaptation* (p.17), en 1984, à l'aide de Stanislas TOMKIEWICZ et d'Elisabeth ZUCMAN, tous deux médecins, le Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur le Handicap et les Inadaptations (CTNERHI) va catégoriser trois groupes de handicaps permettant ainsi de clarifier les concepts suivants.

Ainsi, pour eux :

- Le **polyhandicap** est : « un handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde ».

- Le **plurihandicap** est « l'association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles ».
- Le **surhandicap** est : « un trouble du comportement sur handicap grave pré-existant ».

Ainsi, le polyhandicap se distingue par le fait que les handicaps présents chez l'individu sont indépendants et peuvent donc se compenser, se moduler ou même s'aggraver mutuellement. Nous sommes donc en présence d'un système complexe ayant un point en commun : l'origine provient d'une lésion cérébrale irréversible et non progressive survenue très tôt dans la vie de l'individu.

1.1.3 Le polyhandicap

Le polyhandicap est un concept complexe, difficile à définir.

Dans *L'enfant déficient moteur polyhandicapé* (p.47), M.DECEY nous donne l'exemple de quelques mots qualifiant les personnes atteintes de polyhandicap. Se sont succédés dans le temps les termes suivants: « arriérés profonds », « déficients », « encéphalopathes », « plurihandicapés », « inadaptés profonds ».

Ainsi, nous pouvons constater que la variété des termes empruntés reflètent les changements de vision sociétale de ce concept ainsi qu'une difficulté à définir, à décrire les troubles dont sont atteints ces personnes.

Dans *Le polyhandicap de l'enfant à l'adulte*: « sont considérés comme polyhandicapés les « enfants et adultes atteints de déficience graves et durables dues à des causes variées, le plus souvent pré et périnatales, mais aussi acquises, ou liées à des affections progressives, maladies métaboliques et dégénératives, chez lesquels le retard mental, grave ou profond (QI < 50) est associé à d'autres troubles, des troubles moteurs et très souvent à d'autres déficiences, entraînant une restriction extrême de leur autonomie, nécessitant à tout âge de la vie un accompagnement permanent et qualifié associant éducation, soins, communication et socialisation » (p.16) .

Le polyhandicap, chez l'enfant, résulte d'une altération cérébrale importante et survenue très tôt dans le développement. Elle peut toucher différentes sphères comme la cognition, le moteur, et le sensoriel. Ainsi, les signes cliniques peuvent être très diversifiés d'un enfant à l'autre. Le polyhandicap engendre une dépendance dans les activités quotidiennes et peut être irréversible.

Il n'est référencé ni dans la classification des maladies (CIM 10), ni dans la classification internationale du fonctionnement (CIF), car le polyhandicap est un concept très complexe et n'est pas considéré comme une maladie.

A ce tableau clinique, des troubles du comportement et de la relation peuvent s'ajouter, aggravant alors le profil du polyhandicap.

1.2 Etiologie et prévalence

1.2.1 Etiologie

Les causes du polyhandicap sont, pour la plupart, congénitales. Cependant, il arrive également que celui-ci soit acquis très tôt dans la vie de l'individu. Quatre catégories d'étiologies ont été mises en évidences :

- Les **causes prénatales et génétiques** : elles représentent environ cinquante pourcent des cas. Elles intègrent les malformations du système nerveux central, les maladies neurologiques sévères, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies métaboliques, les embryo-fœtopathies infectieuses ou toxiques, et les syndromes chromosomiques ou dysmorphies avec retard mental (par ailleurs dans *La personne polyhandicapé son évaluation et son suivi* (p.22), dix pourcent des cas de polyhandicap seraient en lien avec une trisomie 21).
- Environ vingt à trente pour cent des cas seraient liés à une prématurité importante ou à une complication lors de l'accouchement. Les **causes périnatales** sont majoritairement liée à un manque d'oxygène ou un arrêt temporaire de la circulation sanguine au niveau cérébral (anoxo-ischémique) lors de l'accouchement (souffrance fœtale aigüe), éventuellement associées aux complications de réanimation (convulsion prolongées, hypoxémie, infections, etc.)
- Cinq à six pourcent des cas proviennent de **causes postnatales** impliquant les infections cérébraux-méningées à type de méningite et d'encéphalite, les anomalies cardiovasculaires : malformations vasculaires ou des phénomènes aigüe tel que des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Et enfin, les évènements traumatiques (Syndrome de Silverman, enfants secoués ou traumatisme crâniens).
- Vingt-cinq à trente pourcent des cas sont **d'origine inconnue**.

1.2.2 Prévalence

La prévalence du polyhandicap est complexe à évaluer du fait de la diversité des sources, des recueils de données différents mais également par la définition même de ce concept. Ainsi, face à la multiplicité des enquêtes, on peut mettre en évidence un chiffre de l'ordre de 1 à 2 enfants pour 1 000 en France.

Par exemple, dans *Le polyhandicap de l'enfant à l'adulte, acquisition en médecine physique et de réadaptation* (p.19), le chiffre de la prévalence évoqué est de 1 pour 1 000.

Pour l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), les estimations varient de 0,73 à 1,28 pour 1 000.

1.3 Troubles liés au polyhandicap

Le polyhandicap se manifeste à travers plusieurs signes cliniques dont principalement une déficience motrice d'origine cérébrale et une déficience intellectuelle sévère (QI compris entre 20-25 à 35-40) à profonde (QI inférieur à 20-25). Les manifestations cliniques peuvent être multiples, nous aborderons donc les principales et les secondaires.

1.3.1 Déficience motrice

La déficience motrice peut être définie comme une atteinte de la motricité (locomotion, préhension...) affectant ainsi la possibilité d'agir sur son environnement physique. En fonction de la nature et de l'origine de l'atteinte, nous pouvons observer différents degrés de déficience :

- L'**agénésie** : rend le mouvement du membre très complexe voire impossible
- Les **malformations congénitales ou acquises** atteignant les capacités fonctionnelles du membre.
- Les **apraxies ou dyspraxies** : le membre est intact mais le patient est dans l'impossibilité d'une organisation fonctionnelle de son geste.
- Les **paralysies ou dystonies** amènent à réduire ou bloquer la capacité d'une adaptation fonctionnelle. La majorité des types de polyhandicap retrouvent cette catégorie. Le contrôle tonique est donc très impacté.

Ainsi la déficience motrice, dans le polyhandicap, peut avoir des degrés différents. Seuls les cas les plus sévères présenteront un tableau d'incapacité totale à agir sur leur environnement.

Il est donc important de révéler les capacités du patient afin de s'appuyer sur celles-ci pour développer les objectifs fixés.

1.3.2 Déficience intellectuelle

D'après l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), « la déficience intellectuelle est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans. » (2010 ; traduction française/canadienne).

Dans le **DSM V**, trois critères doivent être présents pour le diagnostic :

- « présence **de déficits touchant des fonctions intellectuelles** telles que le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage académique et l'apprentissage par expérience. Ces déficits sont confirmés par une évaluation clinique ainsi qu'une évaluation intellectuelle individualisée et standardisée ;
- présence de **déficits du fonctionnement adaptatif** qui entraînent une incapacité pour l'individu à répondre aux exigences développementales et socioculturelles d'indépendance personnelle et de responsabilité sociale. Sans soutien, les déficits d'adaptation limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne tels que la communication, la participation sociale, les habiletés de vie autonome dans divers environnements, à domicile, dans le milieu scolaire, au travail ou dans la communauté ;
- les déficits touchant les habiletés intellectuelles et adaptatives doivent apparaître **pendant la période développementale.** »

Ainsi, le concept même d'intelligence recouvre plusieurs domaines, il ne s'agit pas seulement de QI. Par conséquent, il est indispensable de prendre en compte le versant adaptatif de l'enfant dans son environnement, au-delà du QI, afin d'avoir une idée précise de ses capacités, et de ses faiblesses, pour savoir comment orienter nos prises en soins.

Cependant, il est très difficile d'évaluer les capacités intellectuelles de ces enfants étant donné les troubles présents. Leur mode d'interaction avec l'environnement passe bien souvent par un canal corporel, le langage verbal étant restreint voire absent.

1.3.3 Troubles secondaires

Aux troubles décrits précédemment, se rajoutent des troubles secondaires. Nous pouvons alors retrouver :

- **L'épilepsie** : présente dans 40 à 50% des cas.
- **Les troubles sensoriels** : concernent essentiellement la vision, l'audition mais également le toucher.
- **Les problèmes respiratoires** : souvent causés par des fausses routes alimentaires à répétition et une hypoventilation alvéolaire d'origine centrale, amenant à un encombrement pulmonaire chronique entraînant des surinfections et une insuffisance respiratoire. Ces troubles amènent à un manque d'oxygénation du cerveau.
- **Les troubles alimentaires** : l'ingestion est souvent problématique. La déglutition est difficile et peut mener à des fausses routes. Ainsi certains enfants porteurs de polyhandicap sont porteurs d'une gastrostomie.
- **Les troubles digestifs** : les reflux gastro-œsophagien (passage du contenu de l'estomac dans les voies respiratoires) sont très fréquents et sources de douleurs. L'œsophagite est présente pour 60% des enfants.
- **Les troubles de l'élimination** : la constipation et les diarrhées sont très présentes chez ces enfants.
- **Les problèmes orthopédiques** : on retrouve, chez ces enfants, une immobilité et de la spasticité due aux lésions cérébrales. Ceci génère des rétractions secondaires pouvant entraîner une déviation de la colonne vertébrale, une luxation de la hanche ou autres problèmes orthopédiques.
- **La fragilité cutanée** : on constate aussi des escarres ou différentes formes d'allergies.

1.3.4 Troubles du comportement

D'après le Groupe Polyhandicap France (2018), la situation de polyhandicap est « une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle

certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique ».

Ces signes peuvent être des comportements stéréotypés, d'autostimulation, automutilatoires ou agressifs.

Ainsi, les déficits moteurs et intellectuels, les particularités sensorielles, les traitements médicamenteux peuvent engendrer des effets secondaires. De plus, les interactions précoces sont parfois mises à mal/perturbées par la situation de handicap. Tout ceci constitue un ensemble de facteurs se conjuguant et créant un contexte favorable au développement de comportements s'apparentant à la sémiologie des Troubles Envahissants du Développement (TED).

Cependant, d'après BOUTIN (2001), ces comportements ne définissent pas un TED en eux-mêmes, il s'agirait plutôt « d'une difficulté de développement du sujet souffrant de polyhandicap, avec les rapports très complexes à démêler de la psychopathologie liée au déficit lui-même. » (p. 19).

1.4 La place des interactions précoces

Les interactions précoces, élément primordial dans le développement de l'enfant, dépendent notamment des compétences du bébé mais aussi de son environnement. Or la situation de handicap et d'autant plus de polyhandicap, est souvent la source de perturbations de la cellule familiale.

1.4.1 L'enfant imaginaire

D'après S. LÉBOVICI dans *Les liens intergénérationnels (transmission, conflits). Les interactions fantasmatiques* nous avons tous, de manière inconsciente, une image d'un enfant fantasmé, qui provient des conflits infantiles refoulés.

Lorsque la mère est enceinte, les parents se font une représentation de leur enfant, propre à chacun, appelé alors enfant imaginaire. Il est issu des rêveries conscientes et inconscientes et est empreint de l'histoire transgénérationnelle. Il s'accompagne également de ce que chacun projette de ce qu'il aurait aimé être, faire.

A la naissance, un processus de deuil se met en place pour les parents : ils doivent abandonner leur image de l'enfant imaginaire pour laisser la place à l'enfant réel.

Lorsque la **différence est importante entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel**, comme cela est le cas dans les atteintes telles que le polyhandicap, **ce processus est d'autant plus difficile**, douloureux et violent pour les parents. Selon T. B. BRAZELTON, dans *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*, les parents sont « affligés d'avoir perdu l'enfant parfait qu'ils espéraient et ils sont désolés des défauts de celui qu'ils ont mis au monde ».

Ainsi, un sentiment de culpabilité peut émerger chez les parents ainsi que des sentiments de honte, et de colère (pourquoi nous ?) : une **blesse narcissique** est présente.

Ces différents sentiments peuvent laisser place à des parents désemparés et angoissés de cette position de parent d'enfant polyhandicapé : ils remettent en doute leurs compétences et leurs ressources face à cette situation inattendue.

Des **réaménagements psychiques** difficiles sont alors nécessaires afin de s'ajuster à cette situation. Cependant, chaque étape du développement de vie de l'enfant pourra venir réactiver des conflits intérieurs de l'époque du diagnostic, nécessitant alors de nouveaux réajustements psychiques.

1.4.2 Handling et Holding

Les interactions corporelles se définissent par l'ensemble des échanges se faisant par le corps.

D. WINNICOTT a développé la notion de Holding et de Handling qui permet de mettre en place le MOI de l'enfant.

Le **Holding** (maintien) serait donc la manière dont le parent porte son enfant, le contient, aussi bien physiquement que psychiquement. Il permettrait de le protéger des expériences angoissantes grâce à son rôle de pare-excitation. Cette notion de pare-excitation a été développée par W. BION qui évoque la manière dont les « éprouvés bruts » de l'enfant sont transformés en éléments détoxifiés et assimilables grâce à l'appareil psychique de la mère.

En se sentant porté, soutenu par le parent, de manière sécurisée, l'enfant pourra alors développer son enveloppe, sa continuité d'être et un sentiment de sécurité.

Le **Handling** (manipulation) vient compléter le Holding. Il est l'ensemble des soins apportés par le parent (toilette, habillage, allaitement).

L'ensemble de ces soins permet à l'enfant d'élaborer une structuration psychique d'autant plus sécurisée que les soins apportés par le parent seront « suffisamment bons », c'est-à-dire qu'ils répondront aux attentes de l'enfant dans des temps adaptés.

Cependant, les troubles amenés par la situation de polyhandicap peuvent mettre à mal ces deux processus et d'autant plus si des hospitalisations sont présentes dans la première année de vie, impliquant ainsi des séparations précoces, ce qui est souvent le cas.

De plus, **le portage** d'un enfant en situation de polyhandicap **peut être vécu différemment** chez ces parents. En effet, la présence d'appareillage au quotidien, ainsi que les instruments médicaux lors des hospitalisations, sont susceptibles d'affecter le portage de l'enfant.

La crainte de mal faire, de mal porter, de ne pas être adapté à cet enfant « plus fragile que les autres » peut engendrer des situations où le Holding et le Handling sont effectués dans une **insécurité** de la part des parents, se transmettant alors à leur enfant.

Ainsi, il n'est pas rare de voir apparaître chez ces enfants un sentiment d'insécurité se traduisant par exemple par une fuite de la relation, un regard fuyant, des tensions corporelles...

Par ailleurs, les difficultés rencontrées dans le dialogue tonique vont potentiellement fragiliser le portage.

1.4.3 Le dialogue tonique

Dans *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* d'A. BULLINGER, celui-ci nous rappelle que le système archaïque est prédominant chez l'enfant à la naissance. Il permet d'assurer une fonction primordiale chez le nouveau-né : le **dialogue tonique** (notion apportée par DE AJURIAGUERRA en 1962). « Le contact avec l'adulte qui le porte suscite un ensemble de stimulations sensorielles, y compris tactiles, entraînant, à travers l'interaction, un recrutement et une modulation tonique » (p. 27). Ce dialogue tonique a une importance capitale dans le **partage émotionnel** et permet de **mettre du sens sur les différents états toniques** de l'enfant.

1.4.4 Accordage affectif

D. STERN a évoqué la notion d'accordage affectif qui peut se définir comme les influences réciproques entre la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère.

En effet, dans les interactions mère-nourrisson, les affects y ont une place fondamentale, surtout dans les premiers mois de vie. Les différents sentiments exprimés par l'un ou l'autre des acteurs de l'interaction amènent à dégager des sentiments de plaisir, bien-être ou à l'inverse tristesse, indifférence, insécurité.

Selon D. STERN, ces conduites d'accordages affectifs seront pleinement développées à neuf mois, car c'est l'âge auquel les bébés sont en capacité de construire leur propre psyché, séparée de celle des autres.

Donc, cette notion d'accordage met en évidence une **contagion d'affect réciproque** entre la mère et son enfant. L'accordage semble d'autant plus important lors des situations de désorganisations de l'enfant. En effet, la mère pourra alors venir reformuler ce vécu subjectif afin qu'il devienne supportable pour l'enfant. Ce système mis en place entre les protagonistes peut évoquer le système de fonction alpha mis en évidence par W. BION. En effet, d'après lui, dans ce même mouvement, la mère recevra les éléments non assimilables de son enfant (appelés éléments béta) et elle aura pour fonction de détoxifier son vécu afin qu'il puisse se les approprier.

Ainsi, si l'environnement est suffisamment fiable et adéquat, l'enfant pourra former des éléments de significations sur ce qu'il est en train de vivre.

Les relations entre parents et enfants en situation de polyhandicap sont souvent mises à mal dans ce processus d'accordage. En effet, les expériences émotionnelles vécues par les parents, dans les premiers mois de vie de l'enfant polyhandicapé, peuvent être très difficile à vivre et à accepter. Ces sentiments de honte, de peur et de culpabilité sont alors partagés malgré eux par l'enfant, dans les moments de portage, de soins et de regards partagés. L'enfant n'a cependant pas encore un appareil psychique suffisamment mature pour assimiler ce vécu brut, envoyé par le parent. Des **désorganisations** peuvent alors d'autant plus survenir, mettant les parents dans des situations d'autant plus complexes et mettant ainsi à mal la relation.

1.4.5 Attachement primaire

L'attachement est un processus se mettant en place au cours des premiers mois de vie de l'enfant. En fonction des interactions avec son objet d'attachement (le plus souvent la mère), l'enfant pourra développer différents types d'attachement. Il constitue un **besoin social primaire**.

E. GOLDBETER-MERINFELD, dans *La théorie de l'attachement et approche systémique*, nous expose le développement de la théorie de BOWLBY à ce sujet. Il postule que trois des quatre phases essentielles de l'attachement de l'enfant à sa figure d'attachement se dérouleraient dans la première année de vie. En effet, ces étapes se constituent de la façon suivante :

- **Avant 2 mois** on retrouverait la phase de pré - attachement : « le bébé manifeste des comportements-signaux sans différencier les personnes ».
- **De 2 à 7 mois** s'effectue l'étape de l'attachement « en train de se faire ». « L'enfant a recours à divers comportements visant à obtenir la proximité physique du parent. Il différencie les personnes, mais la substitution de la principale figure d'attachement est encore possible. »
- **A partir de 7 mois** se déroule l'étape de « l'établissement d'une relation d'attachement *franche*, et sélective envers une personne privilégiée ; la substitution n'est plus possible. De la détresse se manifeste lors des séparations »
- **Dès l'âge de 3-4 ans** : on trouve l'étape du « partenariat ajusté ». « L'enfant est capable d'une certaine compréhension du point de vue de l'autre, va chercher à influencer celui-ci afin d'obtenir de sa part certains avantages du point de vue relationnel, comme de l'intérêt ou des soins. »

D'après N. LAMBERT et F. LOSTRA, il est intéressant de noter que l'attachement provient également d'un processus neurobiologique mettant en jeu deux hormones clés : l'ocytocine et la vasopressine. Associées à la mémoire, elles jouent un rôle important dans la mise en place des liens sociaux et leur maintien (*Attachement et Intersubjectivité : premiers liens de l'enfant*, p.9)

Par la suite, la situation étrange de M. AINSWORTH a permis de catégoriser les différents types d'attachement d'un enfant à son parent : on trouve ainsi quatre styles d'attachements qui sont :

- **L'enfant sécure** : il manifeste peu de détresse lorsqu'il est séparé de son parent et sait aller chercher du réconfort auprès de lui lorsqu'il est effrayé.
- **L'enfant insécure anxieux évitant** : il tend à éviter ses parents et si on leur donne le choix, ils ne montrent pas de préférence entre un étranger ou le parent.
- **L'enfant insécure anxieux ambivalent** : il vit beaucoup de détresse quand le parent le quitte. Il ne semble pas pouvoir se fier au parent en cas de besoin.
- **L'enfant insécure désorganisé – désorienté** : les réactions de l'enfant alternent entre évitement et résistance. Il peut parfois se sentir réconforté ou effrayé par le parent. Il semble alors que ce style d'attachement présente un manque d'attachement.

Ainsi, en fonction du parcours de vie des enfants en situation de polyhandicap, on peut observer des attachements de type insécure. Ceux-ci mettant à mal la relation à l'autre mais également le développement psychomoteur et la construction psychique.

1.5 Impact sur le développement psychomoteur de l'enfant

1.5.1 Tonus et posture

Chez l'enfant polyhandicapé, la déficience motrice se manifeste essentiellement par des **troubles de la régulation tonique**. En effet, les difficultés de régulations sont un frein à la motricité de l'enfant. On retrouve très souvent une **hypotonie axiale** et une **hypertonie des membres**, rappelant les premiers temps de développement du nourrisson. Ces deux modalités ne sont pas les seules à rappeler l'évolution du tout petit, elles sont souvent accompagnées de **réflexes archaïques persistants**. Ainsi, on observe une motricité désorganisée. En effet, en raison de cette hypotonie axiale, rares sont les enfants pouvant se maintenir assis seuls ou même tenir leur tête. Par conséquent, les expériences sensori-motrices sont restreintes par leur **faible moyen d'action sur leur environnement**.

Certains enfants n'ont pas pu expérimenter de nuancer leur tonus avec une alternance tension/détente sécure. Certains se retrouvent alors dans des  tats hypertoniques quasiment permanents alternés avec des effondrements brusques : la régulation du tonus est très peu existante. Or cette régulation tonique vient donner consistance au tonus et par extension, au corps. Le sentiment de consistance est fondamental pour le sentiment de Soi : Le tonus vient donner dans le corps une constance psychique.

Par ailleurs, cette désorganisation motrice est majorée par la présence très fréquente, chez ces enfants, d'**autostimulations**.

Ces mouvements répétitifs peuvent être le reflet d'une tentative de régulation des afférences sensorielles en provenance de l'environnement. Ne possédant pas les ressources nécessaires à l'intégration de cette multitude de stimuli, l'enfant **s'accroche à une seule afférence** qui occultera alors toutes les autres, empêchant dès lors un débordement. D. MELTZER évoque ce concept en parlant de « démantèlement » : c'est un « mécanisme qui permet à l'enfant de cliver le mode de ses sensations selon l'axe des différentes sensorialités, afin d'échapper au vécu submergeant d'un stimulus sollicitant [...] ses cinq sens simultanément » (*A propos des stéréotypies chez les enfants autistes*, p.446). Dans cette perspective, le démantèlement servirait de **pare-excitation**   l'enfant.

De plus, ces stéréotypies ou autostimulations peuvent également refléter un besoin prégnant de ressentir son corps. Les mouvements répétitifs peuvent amener chez l'enfant un **sentiment d'enveloppe**, de **contenance**, contribuant à l'élaboration d'un sentiment d'existence.

L'enfant, durant la première période de sa vie, trouve les ressources nécessaires à son développement psychique et corporel auprès de ses parents. Ils lui apportent ainsi **sécurité** et **contenance** lorsque la « mère » est « suffisamment bonne » (notion amenée par D. WINNICOTT). On parle alors de « peau psychique » crée à travers la relation parent-enfant.

D'après E. BICK dans *Le moi-peau* de D. ANZIEU, le parent va être l'objet externe étant en capacité de contenir les parties du corps de l'enfant et ainsi, par introjection, contenir les parties du Soi. Ces expériences s'effectuent au cours des soins apportés par les parents amenant une double contenance, tant par l'expérience en elle-même (nourrissage) que par son corps contenu

par les bras du parent, par la chaleur, la voix et l'odeur familière. Donc, le parent, étant l'objet contenant de l'enfant, est vécu véritablement comme une peau.

Si l'enfant introjecte cette fonction contenant, il pourra accéder au clivage Soi – non Soi, ayant chacun sa peau respective.

Seulement, si aux troubles de la régulation tonique s'ajoute le fait que cette fonction contenant amenée par le parent n'est pas totalement satisfaisante pour l'enfant, elle n'est alors pas introjectée, amenant ainsi à la notion de « seconde peau musculaire » évoquée par E.BICK. Celle-ci est créée par l'enfant afin de **suppléer** à une première peau ne répondant pas à ses attentes. Ainsi, les mouvements répétés maintiennent une attention permettant **d'unifier les parties du corps** de l'enfant, et ainsi, du moins momentanément, les parties du Soi.

De plus, le manque de stimulations sensorielles induit par les restrictions motrices du polyhandicap ainsi que par leurs particularités toniques, **limitent les possibilités d'expériences sensori-motrices** pour l'enfant.

1.5.2 Attitudes sensorielles et perceptives

Les enfants polyhandicapés présentent fréquemment des particularités sensorielles. Les atteintes cérébrales précoces de l'enfant polyhandicapé peuvent avoir pour conséquence un **traitement de l'information sensorielle atypique** se traduisant par des attrait ou à l'inverse, des inconforts de certaines afférences sensorielles (toucher, vue, goût, odeur, audition...). Ces entrées sensorielles vont venir modifier les états toniques de l'enfant.

De plus, le passage de cette stimulation brute, provenant d'un objet interne ou externe, ne pourra se transformer en perception seulement grâce à une **opération mentale**. Or, ces opérations nécessitent que l'enfant se soit créé un Soi propre, détaché de l'objet parental. Cependant, les atteintes neurologiques associées à des troubles des interactions précoces peuvent entraver les processus de différenciation psychique et donc de construction du Moi. A noter également que la dépendance dans laquelle ces enfants vivent est susceptible de venir contribuer à ces difficultés.

Ainsi, lors d'afférences sensorielles apportées par l'environnement, il n'est pas rare de trouver chez ces enfants des désorganisations, ces vécus bruts étant perçus comme **non assimilable** par l'appareil psychique.

1.5.3 Notion d'espace – temps

L'établissement des notions d'espace/temps se construit très tôt dans le développement de l'enfant. La réponse de l'objet parental aux besoins de l'enfant (faim, fatigue, besoin d'être changé...) y contribue fortement : l'alternance entre les états de tensions pouvant être désorganisateur et l'apaisement apporté par l'environnement (la mère généralement) permettent d'établir la notion de rythme chez l'enfant. MARCELLI parlera de **macro-rythme** pour évoquer la répétition de ces moments devant être de la meilleure qualité possible, amenant ainsi à la construction de notions d'espace/temps primitif. En complément d'un étayage provenant de la mère, cette notion pourra être enrichie, pensée. La construction psychique de l'enfant se développera alors.

Ce même auteur évoquera la notion de **micro-rythme**. Ceux-ci interviennent au cours d'interactions ludiques entre deux partenaires. Ils sont constitués d'attentes, de ruptures et participent ainsi à établir un rythme à l'intérieur même du jeu établi.

Ces notions d'espace/temps peuvent donc être affectées chez les enfants porteurs de polyhandicap par divers facteurs : des interactions précoces perturbées, des hospitalisations vécues très tôt dans l'enfance, les particularités propres aux pathologies de ces enfants...

1.5.4 Attitudes psycho-affective

Les premières communications sont basées sur le non-verbal et notamment sur le **dialogue tonico-émotionnel** : notion amenée par WALLON et DE AJURIAGUERRA. Tous deux postulent ainsi que le tonus et les émotions sont indissociables et qu'ils prennent une place prépondérante dans les échanges entre une mère et son enfant. Ainsi, **les états de l'enfant se reflètent dans son tonus** : une hypertonie serait un signe d'appel (hypertonie d'appel), et l'hypotonie serait plutôt un signe d'apaisement (hypotonie de réplétion).

Ce dialogue tonico-émotionnel perdure tout au long de la vie chez tous les individus en complément d'autres acquisitions communicative. Or, chez les enfants porteurs de polyhandicap, il est bien souvent **entravé**. En effet, ils ne s'ajustent pas toujours correctement dans ce dialogue du fait d'une régulation tonique perturbée. De plus, l'accès à d'autres canaux de communication peut s'avérer difficile. En effet, d'après un écrit de l'INSERM sur les

handicaps rares, il est mentionné « qu'un des freins majeurs au développement de leurs capacités communicatives est le déficit dans l'attention conjointe, cette dernière permettant de poser un objet ou cadre commun de référence, socle crucial dans la construction du langage et dans son usage ».

Par ailleurs, G. HAAG, dans l'article *De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme* a souligné l'importance du **regard** et de l'**appui - dos** dans les interactions avec les jeunes enfants. Cela est également retrouvé auprès de ce public, pour lequel ces deux modalités procurent de la contenance, un sentiment d'enveloppe, permettant alors d'ouvrir à la communication.

De plus, l'entrée dans la communication verbale nécessitant un certain niveau de maturation neurologique et d'organisation psychique, beaucoup de ces enfants se trouvent freinés dans ce processus.

Dans la relation à Soi, l'enfant polyhandicapé se situe dans une **extrême dépendance à son environnement**. Cette situation perdure au-delà de l'âge de dépendance normale des enfants et peut venir engendrer des difficultés dans les processus de différenciation et d'affirmation de soi.

Chaque enfant peut avoir des **particularités propres sur le registre relationnel**.

Il peut y avoir des enfants se soustrayant à leur environnement par des mouvements répétitifs, des cris, ou bien simplement avec un regard vide, absent, se montrant peu sensible à ce qui se déroule devant lui. Ils se coupent de toutes les stimulations externes, trouvant un réconfort dans des stimulations internes et vestibulaires.

Ils n'utilisent alors pas leur corps à des fins de communication, de relation à l'environnement. Ils peuvent ainsi avoir des focalisations. En revanche, à d'autres moments, des conduites d'explorations sont observées. Ils peuvent donc être disponibles à la relation mais très souvent par intermittence, sur des périodes plutôt courtes.

D'autres encore peuvent la rechercher de manière non adaptée, interpellant sans cesse les personnes autour d'eux.

Pour conclure :

L'ensemble des éléments vus précédemment sont propres à chaque enfant porteur de polyhandicap. C'est-à-dire que les pathologies, les troubles primaires, secondaires, comportementaux ainsi que les interactions précoces vont chacun venir jouer un rôle dans le développement psychomoteur de l'enfant, en s'influençant les uns les autres. Il est donc peu probable de trouver deux enfants ayant le même profil psychomoteur malgré une étiologie commune. Il est donc important d'appréhender chacun de ces aspects afin de mieux comprendre ces situations souvent complexes.

Mais avant de voir ce que la médiation canine pourrait apporter au sein de la pratique psychomotrice avec ce public, il me semble tout d'abord nécessaire d'explorer cette médiation et ses spécificités.

2. La médiation canine

2.1 Qu'appelle-t-on médiation ?

2.1.1 Définition

La médiation est définie comme un « intermédiaire, en particulier dans la communication » dans le dictionnaire LAROUSSE.

D'après F. GIROMINI dans *La médiation en psychomotricité*, « la médiation est la technique utilisée par un médiateur qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. La principale qualité du médiateur est sa qualité relationnelle ».

La médiation est donc l'élément permettant de **faire le lien entre soi et autrui**. C'est une composante primordiale dans la pratique psychomotrice car elle permet de créer un **espace d'expériences communes** entre le professionnel et le patient. Ainsi, une relation peut s'établir autour d'un **objet d'attention conjointe**.

2.1.2 Un médiateur vivant

Chaque chien possède sa propre personnalité. Il a ses repères, ses habitudes, ses préférences. Ces caractéristiques font que ces animaux se rapprochent de l'être humain et sont, d'après F. BEIGER, « des complices de qualité ». Et c'est en cela que le chien se différencie de tout autre médiateur non vivant. Il permet ainsi de **déclencher des interactions** qui vont donner un nouveau sens aux activités engagées en séances.

Par ailleurs, il est capable de **comportements spontanés** avec lesquels nous devons nous adapter. C'est pourquoi il est important de bien comprendre son chien afin de prévenir, dans la mesure du possible, des réactions qui pourraient mettre à mal le patient avec lequel nous sommes.

De plus, il est nécessaire de faire attention à la fatigabilité de notre animal, et de savoir prendre des pauses ou d'arrêter la séance avec lui, si cela semble nécessaire, afin d'éviter tout risque (que cela soit pour l'enfant ou pour l'animal). Les séances doivent rester pour lui un **plaisir** afin qu'il puisse les assister avec motivation et s'épanouir dans la fonction qui lui a été attribuée.

2.1.3 Un outil du psychomotricien

Il paraît important de préciser, quelle que soit la médiation utilisée par le psychomotricien, que celle-ci n'est qu'un **support**, un outil, un espace, permettant au professionnel d'agir auprès du patient. Le psychomotricien peut ainsi exercer sans recourir à une médiation. De plus, elle s'utilise de manière **réfléchie** et **adaptée** à chaque patient, dans un but thérapeutique. Ainsi, le psychomotricien ne porte pas attention aux performances du sujet mais soutient un regard psychomoteur, non jugeant et bienveillant.

Au sein du Jardin d'Enfant Spécialisé (JES), ma maître de stage propose une médiation autour du chien.

2.2 Qu'est-ce que la médiation animale ?

2.2.1 Histoire

D'après F. BEIGER, dans *L'enfant et la médiation animale : Une nouvelle approche de la zoothérapie*, il semble que les premières origines de l'animal « thérapeute » se situent autour du XVIII^{ème} siècle. Pour exemple, à partir de 1792, à l'asile anglais York Retreat, William TUKE a confié des lapins et des volailles à des malades mentaux. Il s'est alors aperçu que ces malades réussissaient mieux à se concentrer et à se responsabiliser.

Ensuite, à Washington, durant la première guerre mondiale, des chiens sont utilisés comme aide auprès des soldats traumatisés.

C'est ensuite à travers la découverte du psychiatre **Boris LEVINSON** que la « thérapie » par le contact à un animal a émergé. Il fut le premier à parler de l'animal en tant que catalyseur social envers l'homme.

Les possibilités d'intégration du chien au sein d'une thérapie lui apparurent dès 1953, suite au hasard. Son chien, Jingles, est présent dans son cabinet de manière tout à fait exceptionnelle. Habituellement l'accès au cabinet lui est interdit. B. LEVINSON reçoit alors un garçon atteint d'un syndrome autistique en oubliant la présence de Jingles. Ce petit garçon refuse

habituellement tout contact avec autrui et ne parle pas. B. LEVINSON remarqua alors que la présence de l'animal dans le cabinet produisait petit à petit des interactions entre l'enfant et le chien. L'enfant demanda à revenir uniquement pour revoir le chien. Les séances se poursuivirent alors en présence de Jingles et permirent l'émergence du jeu et de la parole. Cela n'était jamais arrivé jusqu'alors.

Ce fut ensuite au tour des psychiatres Elisabeth et Samuel CORSON. Ils proposèrent à des patients ne répondant pas aux thérapies proposées, de s'occuper de chiens. Les résultats montrèrent une nette amélioration des comportements des sujets et certains purent même sortir de l'hôpital psychiatrique.

D'après José SARICA dans *Zoothérapie : le pouvoir thérapeutique des animaux*, le premier institut de zoothérapie a été créé en 1983 par Caroline BOUCHARD, psychologue canadienne. Il permet le développement et la promotion des « liens naturels entre les humains et les animaux à des fins de prévention, de thérapie et de réadaptation » (p.32).

En France, le premier institut de zoothérapie (Institut de Français en Zoothérapie (IFZ)) a vu le jour en 2003 grâce à François BEIGER.

2.2.2 Etymologie

Les termes rencontrés autour de cette notion sont multiples. En effet, nous pouvons retrouver les dénominations de « zoothérapie », « thérapie assistée par l'animal », « activité assistée par l'animal » ou encore « rééducation assistée par l'animal ». Le terme de « **médiation animale** » semble la plus adaptée dans le cas de la psychomotricité où l'animal va pouvoir soutenir notre pratique en tant que médiateur, c'est pourquoi j'utiliserai dorénavant uniquement ce terme.

2.2.3 Définition

Depuis quelques années, la médiation animale commence à se faire une place dans les esprits et est souvent objet de fantasmes tel que « l'animal guérisseur », « l'animal magique ». Mais cette vision est souvent réductrice et oublie le rôle du thérapeute.

Le travail de groupe pluridisciplinaire effectué par l'association Résilienfance et al. en 2014 a permis d'élaborer une définition : « La médiation animale est une relation d'aide à visée

préventive ou thérapeutique dans laquelle un professionnel qualifié, concerné également par les humains et les animaux, introduit un animal d'accordage (ajustement des comportements, des émotions, des affects et des rythmes d'actions) auprès d'un bénéficiaire. Cette relation, au moins triangulaire vise la compréhension et la recherche des interactions accordées dans un cadre défini au sein d'un projet. La médiation animale appartient à un nouveau champ disciplinaire spécifique, celui des interactions Homme-animal, au bénéfice de chacun d'eux, l'un apportant ses ressources à l'autre (toute influence réciproque entre un humain et un animal au bénéfice des deux) ».

Ainsi, l'animal doit également pouvoir prendre du plaisir dans les séances et ne pas être considéré comme un « outil » que l'on peut utiliser à outrance. Pour cela, il est donc nécessaire de **connaître son animal**, ses signes de fatigues, d'apaisements et ses réactions possibles. Mais il est également essentiel de lui faire suivre une **éducation particulière**.

2.3 Qu'en est-il du chien ?

2.3.1 Pourquoi choisir cet animal ?

Dans l'histoire, la domestication du chien remonterait à dix mille ans. La place de cet animal au sein de notre société a évolué et a sans cesse pris des places variées, passant du simple animal de compagnie, à une aide pour le quotidien (chiens d'aveugles), pour le travail (chiens de troupeaux), ou encore à un partenaire de travail dans les secours (chiens de haute montagne, chiens de la police).

Le chien occupe donc **une place importante auprès de l'homme** dans divers pans de la société. Avec sa qualification de « meilleur ami de l'homme », il bénéficie d'une **représentation sociale positive** pour la majeure partie de la population. On peut penser que celle-ci aura un impact sur l'intensité du bénéfice de la médiation avec le chien.

A l'inverse, certaines personnes peuvent avoir peur de cet animal.

D'après D. MARCELLI dans *L'enfant et l'animal, une relation pleine de ressource*, « les chiens, dans toutes les co-actions, peuvent et savent moduler leurs comportements en tenant compte des personnes, des contextes, des situations, et plus généralement du milieu, tout en s'appuyant sur leurs particularités spécifiques, leur expérience individuelle et leur « vécu » (p.16).

Le chien a donc une **capacité d'adaptation extrême**, nous permettant ainsi de travailler avec un **large choix de public**.

2.3.2 Une éducation spécifique

Des associations proposent une éducation spécifique pour les chiens d'assistances telles que Handi'chiens en France, Mira au Canada et en Europe, PAWS en Grande-Bretagne, etc. Ces associations nous permettent d'être le référent d'un de leurs chiens afin qu'il devienne médiateur dans les prises en soins.

Ces chiens, ayant reçu une éducation spéciale, bénéficient d'un **statut spécifique** dans la loi Française (loi n°2005-102 du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées), leur permettant d'apporter étayage social, aide technique et soutien moral à l'enfant.

Dans l'association Handi'chiens, l'éducation de l'animal se fait en deux ans. Elle comprend une phase de socialisation au sein d'une famille d'accueil, un temps à l'école où il leur est enseigné environ 50 commandes auxquelles ils doivent savoir répondre, et enfin un moment d'adaptation entre le futur maître et le chien.

Cependant, le recours à un chien provenant d'une association n'est pas obligatoire. D'après J. SARCIA dans *Zoothérapie : le pouvoir thérapeutique des animaux*, **tout chien peut devenir médiateur** à condition de répondre à certains critères comportementaux. Des grilles d'évaluation existent permettant de les examiner. Pour exemple, l'évaluation cible la propreté, l'obéissance, la faculté à se laisser manipuler, brosser, sans agressivité, la tolérance au stress, et la capacité d'affection envers le patient.

2.3.3 Les apports du chien dans la santé

Pour cette partie, je m'appuierai sur la thèse de médecine de C. BASTIEN *La zoothérapie : exemple de la personne âgée présentant des troubles cognitifs et vivant à domicile*, qui expose les multiples bénéfices de la présence des chiens dans le milieu de la santé.

D'après son propos, le chien peut intervenir **en prévention de crises d'épilepsie** ou encore de **glycémie**. Certains sont en capacité de détecter leur survenue, peu de temps avant. Ils peuvent alors prévenir l'entourage afin que l'intervention se fasse le plus rapidement possible.

L'animal permet de **diminuer la sensation de peur et d'anxiété** que peut ressentir le patient durant certains examens médicaux.

A Caen, une association accueillant des enfants en grande difficulté (sur les plans familial, comportemental et social) propose des activités avec des animaux de compagnie. Elles ont permis aux enfants :

- D'accroître leur **considération** et leur **compréhension** de la **vie sociale**
- De développer les notions de **respect** et de **tolérance** envers **autrui**
- D'étayer **l'ouverture aux autres** et la communication grâce au médiateur animal
- De **faire croître leur concentration** à travers le prendre soin de l'animal
- De les **responsabiliser** en répondant aux besoins de l'animal

Avec des enfants atteints de trouble du spectre autistique (TSA), « des ateliers avec des chiens permettent à l'enfant de **prendre conscience de l'autre, de développer le contact physique** entre l'animal et l'enfant et d'apprendre à **le respecter** » (p. 38)

Au sein d'un environnement hospitalier, l'animal aide les enfants à s'acclimater, en apportant réconfort, soutien émotionnel et diminution de la sensation de douleur. De plus, pour l'enfant hospitalisé, l'animal **faciliterait l'adaptation aux soins et à l'hôpital**.

Auprès de personnes atteintes de schizophrénie, la thérapie assistée par l'animal permet une reprise « des activités de la vie quotidienne, avec une amélioration de leur hygiène et de leur état de santé » (p.39).

Les activités assistées par l'animal sont intéressantes auprès de personnes ayant recours à la chimiothérapie. Elles permettent une **réduction de la dépression** ainsi qu'une **amélioration de la saturation artérielle en oxygène**.

Pour ceux ayant recours à la radiothérapie, les patients ont verbalisé que la visite du chien leur a été bénéfique tant sur le plan mental que physique.

Des personnes hospitalisées, ayant la visite d'un chien, ont bénéficié d'une **amélioration des constantes vitales** ainsi qu'une **diminution de l'anxiété**.

La thérapie assistée par le chien a mis en évidence des effets positifs auprès de patients d'unité psychiatrique. Il permet ainsi de « **prendre conscience de l'importance des soins de base** pour l'animal, avec le renvoi sur soi que cela implique » mais également « d'éveiller la **curiosité**,

l'**intérêt** et le **respect** envers le chien, et **d'exprimer un ressenti** » par rapport à l'animal. D'autre part, des bénéfices sociaux et relationnels ont émergé : le chien est une **aide à l'insertion dans un groupe**, il empêche l'isolement et le repli sur soi. Il permet également au patient de **diminuer les comportements agressifs** ainsi que l'anxiété. D'un point de vue physique, le chien a entraîné une **amélioration de la dextérité** des patients et de leur **rapidité** en complément d'une baisse de leur sédentarité. Pour finir, le chien a permis de **valoriser** les patients grâce à la réponse du chien aux ordres donnés mais également en le tenant en laisse. Le **stress et l'angoisse ont diminué** grâce aux jeux avec le chien, en complément de son effet antidépresseur naturel.

Au sein des Instituts Médico-Educatif, le chien favorise la **valorisation des enfants** grâce aux exercices d'agilités mais il procure également un climat de confiance et sa présence permet de **dédramatiser** certaines situations. Les enfants s'investissent à travers le prendre soin du chien. Les activités proposées avec l'animal aident à **améliorer la capacité de concentration** et à **canaliser de l'énergie**.

On trouve également des bénéfices dans le milieu carcéral où une **diminution de l'agressivité**, et **une augmentation de la communication** ont été observées. L'animal permet de responsabiliser, d'éveiller davantage le respect d'autrui, de verbaliser les émotions et est source de réconfort.

Ainsi, le chien peut être source de nombreuses améliorations auprès d'un public très varié. En psychomotricité, il peut également être très intéressant en tant que médiateur dans notre pratique.

2.4 Les spécificités du chien

2.4.1 Les besoins fondamentaux

D'après D. MARCELLI dans *L'enfant et l'animal, une relation pleine de ressources*, ce qui est intéressant avec le chien, c'est que **ses besoins fondamentaux sont très proches de ceux de l'enfant**. On trouve donc tout d'abord les besoins physiologiques et le besoin de sécurité au premier plan. Puis des besoins sociaux et affectifs et enfin les besoins d'épanouissement qui vont être différents en fonction de chaque chien (pouvant être d'ordre locomoteur, intellectuel, vocal ou masticatoire).

Pour les chiens domestiques, ces besoins sont comblés par le propriétaire de l'animal. Cette **dépendance** peut être rapprochée de celle vécue par les enfants porteurs de polyhandicaps qui, pour la plupart, ont besoin de l'aide d'un tiers pour les moments de la vie quotidienne.

On peut se demander si, inconsciemment, les enfants ne ressentent pas une proximité accrue avec l'animal en tenant compte de cet aspect.

2.4.2 Les bienfaits physiologiques

J. MICHALON, dans *Panser avec les animaux*, nous parle de deux études cherchant à mettre en lien des processus physiologique avec la présence de l'animal.

La première est menée par FRIEDMANN, KATHCHER, LYNCH et THOMAS en 1980. Leur publication permet de montrer l'influence positive de la présence de l'animal sur les **maladies cardio-vasculaires**.

La seconde date de 1983, avec quasiment la même équipe de recherche (FRIEDMAN, KATCHER et al.). Ils montrent alors que la présence de l'animal permet une **baisse de la pression artérielle**. Cette étude a été complétée par GROSSBERG et al. en 1989, qui trouvèrent que le fait de toucher le chien réduisait davantage la pression sanguine que lui parler.

G-H. ARENSTEIN, dans *La zoothérapie : nouvelles avancées*, nous expose d'autres études et notamment celle de Louise SERPELL à l'Université de Cambridge. Elle a montré que les propriétaires d'un animal de compagnie **vivraient plus longtemps et en meilleure santé** que ceux n'en ayant pas.

VOLKER va mettre en évidence une **augmentation de la motivation** chez les personnes atteintes de handicap physique ainsi que des **réactions psychoaffectives positives** grâce à l'animal. Tout ceci apportant un soutien psychologique ainsi qu'une **amélioration des capacités psychomotrices**.

2.4.3 Quand parle-t-on d'effet thérapeutique?

Les effets de la présence de l'animal que l'on vient de voir se révèlent en dehors d'une prise en charge.

Cependant, on ne peut parler d'un effet thérapeutique qu'à partir du moment où il y a **présence du thérapeute**, avec un **cadre** déterminé. En psychomotricité, la notion de cadre est particulière. Le cadre se compose de deux entités distinctes : une entité matérielle composée de la salle, des règles ainsi que de l'espace-temps. Et une entité plus personnelle se rattachant au professionnel. Cette dernière est propre à chaque psychomotricien car elle se compose des supports théoriques de chacun et aurait une fonction de « contenant maternel » d'après D.ANZIEU.

En outre, le thérapeute pourra mettre des mots, et donner une signification, un sens à chaque proposition faite.

Ainsi, il est important de souligner que l'animal est bien un **médiateur** et non un soignant. Par conséquent, chaque professionnel utilisera cette fonction de manière différente et personnelle. La médiation animale s'inscrit donc en tant que **moyen dans un cadre thérapeutique défini**.

2.4.4 Une relation triangulaire

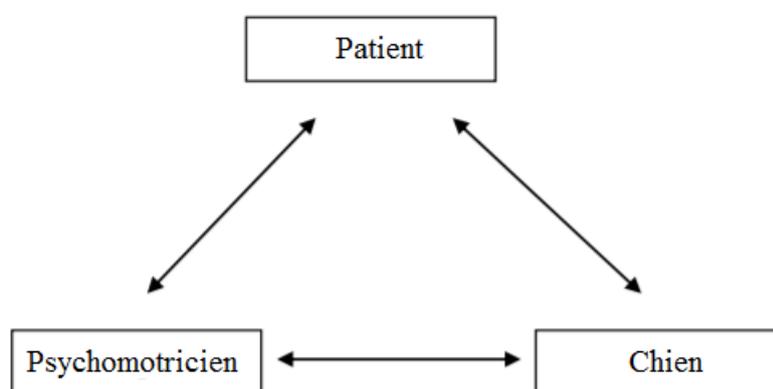


Figure 1: La relation triangulaire

Le chien, en tant qu'être vivant, va pouvoir se définir en tant que **sujet à part entière** dans la relation. Chaque entité vivante formant cette **triangulation** va intervenir en agissant les unes sur les autres ainsi que sur la relation établie.

Le chien va pouvoir être un **intermédiaire** dans la relation établie avec le patient en investissant son rôle de médiateur. D'après D. MARCELLI dans *L'enfant, l'animal, une relation pleine de ressource* : « Par son mode de présence qui n'empiète jamais, l'animal familial crée autour de l'enfant un « espace intermédiaire » qui diminue la pression extérieure et favorise la croissance de son identité » (p.79).

De plus, d'après G-H. ARENSTEIN dans *La zoothérapie, nouvelles avancées*, « introduire un animal dans une relation thérapeutique, c'est installer un deuxième lien là où il n'y en avait qu'un », il rajoute qu'il « n'est pas exagéré de dire que toute amélioration de la condition psychologique d'une personne est due à une relation nourrissante, que celle-ci ait lieu avec un humain ou un animal. Si la relation nourrissante avec un humain se double d'une relation nourrissante avec un animal, nous avons là un ensemble de stratégie gagnantes » (p.249).

Ainsi, la triangulation peut proposer à l'enfant un **espace rassurant**, dans lequel il pourra s'investir. En effet, il arrive qu'être acteur d'une relation duelle soit parfois décontençant pour certains. Grâce à la présence du chien, le patient ne se sentira pas « bloqué » dans une relation duelle pouvant être vécue comme inconfortable. Il pourra créer une relation avec le chien, en notre présence, mais sans un besoin nécessaire d'interaction directe avec le professionnel. Par ailleurs, il est parfois **plus facile d'entrer en relation avec l'animal** qu'avec l'humain. Le chien permettra ainsi une première entrée en relation, qui permettra au patient **d'investir le cadre thérapeutique** et ainsi conduira progressivement à intégrer et accepter pleinement le psychomotricien.

Le psychomotricien, quant à lui, va être **médiateur de la rencontre** entre l'enfant et l'animal. Il va être **garant de la sécurité**, mais va aussi pouvoir **mettre en mots** les expériences du patient. Par sa fonction contenante et sécurisante, le thérapeute permet au sujet de **favoriser l'expression des affects**. Le psychomotricien permet aussi de mettre en lien le patient et le chien.

De plus, le chien va devenir un « **objet d'attention conjointe** » permettant d'explorer les séances autrement. D'après D. MARCELLI dans *L'enfant et l'animal, une relation pleine de ressource*, « ces rencontres les confrontent à l'expérience de la relation avec un être singulier,

non jugeant, qui apporte de l'imprévu, de la spontanéité et donne une grande souplesse aux interactions et aux échanges » (p. 120).

2.4.5 La projection

Le chien peut être un **déclencheur de la parole** pour l'enfant comme cela a été le cas avec Jingles (cf : histoire de la médiation animale). Dans ces paroles, le chien peut aussi être objet de projection. La **projection** fait partie des mécanismes de défenses et peut se définir comme l'attribution à l'environnement d'une partie du psychisme interne désavoué. Ainsi, on **attribue à d'autres nos propres caractéristiques**.

Cela se fait beaucoup avec les animaux. Par exemple, on peut trouver un enfant s'approchant du chien en lui disant « comme il a l'air triste ». Il est alors possible que cet enfant soit lui-même triste et attribue alors ce sentiment au chien. Ceci s'appelle de l'anthropomorphisme : on accorde des émotions ou comportements humains aux animaux.

HUSSERL propose, dans son livre *L'animal à l'âme*, qu'au-delà de la connaissance de l'autre il y a l'empathie. Elle naît du fait commun que nous faisons des expériences dans une chair, un « corps vécu ». L'auteur souligne alors que les animaux possèdent également ce « corps vécu ». Je peux donc **prêter à l'animal des contenus psychiques**, non pas par ressemblance mais par **analogie**, « comme si » les animaux étaient des hommes. (p. 64)

Ce mécanisme de défense peut être très utile au cours des séances afin **de mieux appréhender les états de l'enfant**.

D'après D. MARCELLI dans *L'enfant et l'animal, une relation pleine de ressource*, « la présence de l'animal à mes côtés est un véritable catalyseur pour permettre » à l'enfant « de se raconter à travers les récits, les jeux et la relation qui se noue » (p.119).

2.4.6 L'ici et maintenant

Karen LUKER, dans *La zoothérapie, nouvelles avancées*, constate que la présence de l'animal permet à ses patients « de **rester en contact avec le réel**, en augmentant sa puissance d'attention, de mémoire, de concentration et de discernement » (p.95).

Ainsi, la présence du chien, par ses **mouvements spontanés**, que ce soit dans le jeu ou dans les moments de calme, permet au patient de se retrouver plus facilement dans « **l'ici et maintenant** ». Il est alors plus à même d'investir et de profiter totalement des bienfaits de la séance.

2.4.7 La peur

Il peut arriver que certaines personnes et donc certains de nos potentiels patients aient peur du chien. Il est fréquent que ces peurs soient **d'origine traumatique**, soient un **héritage** des angoisses portées par la famille ou plus simplement liée à une **non connaissance** de l'animal.

Au sein des séances, cela peut entraver les bénéfices qu'apporte l'animal et peut même provoquer des effets contraires à ce qui est recherché. Il est donc nécessaire que le chien soit pour le patient source d'attrait, et non d'angoisses et de peurs.

Au sein d'un établissement où le chien est présent régulièrement, il est possible que des patients ayant initialement peur du chien finissent par avoir envie de l'approcher. Ce phénomène est certainement dû au fait qu'ils finissent par percevoir l'animal comme non menaçant, le chien étant présent fréquemment dans la vie quotidienne mais également dans des activités avec les autres patients.

W. est un petit garçon installé en fauteuil coque et ayant initialement peur des chiens. A l'arrivée de Magic, celui-ci voulait rester à distance de l'animal. Mais au fil du temps, W. souhaitait s'approcher, toujours un peu plus de Magic, lorsque ce dernier était de passage devant la porte de son groupe de vie.

A présent, il a apprivoisé la présence du chien dans l'établissement, allant même jusqu'à colorier le dessin d'un chien qu'il appellera alors « Magic Arc-en-ciel ». A travers les multiples couleurs employées pour colorier ce chien, on peut penser que W. représente Magic comme un élément positif, peut être apportant de la gaieté.

2.4.8 Donner un sens à la médiation

Le chien ne doit pas être considéré comme une simple occupation. Dans le cadre de sa fonction de médiateur, il ne doit pas être confondu comme un chien visiteur ou comme une simple animation.

Nous avons des objectifs en lien avec les troubles psychomoteurs observés plus tôt lors des bilans. Nous devons donc nous en saisir et proposer des séances permettant de travailler les divers objectifs (il y en a souvent plusieurs car s'imbriquant souvent les uns les autres).

Pour conclure :

Le chien possède donc des qualités pouvant impacter positivement les patients, sur lesquelles nous pouvons nous appuyer dans notre pratique. Par ailleurs, son rôle de médiateur ne prend sens qu'au sein d'une relation triangulaire où le patient, le psychomotricien et l'animal ont chacun leur place.

Ceci est donc vrai avec tout type de public, mais qu'en est-il plus précisément avec les enfants porteurs de polyhandicap ?

3. Médiation canine auprès des enfants atteints de polyhandicap au Jardin d'Enfant Spécialisé (JES)

Pour cette partie, je vais m'appuyer sur l'expérience acquise au sein de mon stage de troisième année. Il convient donc de présenter l'établissement et ses particularités.

3.1 Prise en soin de l'enfant porteur de polyhandicap

3.1.1 Une équipe pluridisciplinaire

Le polyhandicap atteint une multitude de fonctions qu'il convient de prendre en soin en équipe. En effet, le projet de soin de la personne polyhandicapée nécessite une approche en équipe où les spécificités propres à chaque profession se compléteront entre elles.

Pour exemple, dans l'établissement dans lequel j'effectue mon stage, l'équipe professionnelle est constituée de :

- médecin pédiatre et médecin de rééducation fonctionnelle,
- médecin psychiatre,
- psychologue,
- infirmière,
- aide-soignante,
- aide médico-psychologique,
- éducateur spécialisé,
- moniteur-éducateur,
- ergothérapeute,
- psychomotricien,
- kinésithérapeute,
- orthophoniste,
- assistante sociale et instituteur.

Les professionnels de santé présents dans l'établissement ont un but commun d'**autonomisation**. Leur pratique s'inscrit dans une politique d'éducation et de ré-éducation, qu'elle soit physique, motrice ou psychique. De plus, leur objectif se fait autour d'une dynamique d'accompagner l'enfant et sa famille vers l'adolescence.

Pour ce faire, un projet personnel d'accompagnement (PPA) en pluridisciplinarité est réalisé pour chaque résident afin de répondre au mieux aux besoins du jeune ainsi qu'à la demande des parents. Celui-ci est revu tous les deux ans en moyenne afin de constater les avancées, les nouveaux objectifs à mettre en place et les nouveaux axes de travail pour y parvenir.

Un outil de communication informatique est mis en place et permet de communiquer à l'ensemble de l'équipe les informations importantes sur l'enfant (hospitalisations, absences...). De plus, une réunion clinique et une réunion paramédicale sont mises en place chaque semaine.

3.1.2 Un projet commun

Le projet général de l'établissement dans lequel j'effectue mon stage est d'offrir à toutes les personnes handicapées qu'il accompagne la **meilleure qualité de vie possible** pour aujourd'hui, tout en préparant sereinement demain. Cette priorité se traduit notamment par le respect, la reconnaissance, la valorisation et l'accompagnement de ces personnes. Ceci se complète avec des valeurs primordiales de l'établissement qui sont la **bienveillance** des personnes accueillies ainsi que la **garantie d'accès et de respect de leur droit**. Parmi ces droits figure le droit de non-discrimination entre les personnes accueillies.

De plus, les missions consistent en l'éducation, les soins, l'accompagnement et le développement des enfants accueillis, leur intégration, la détection précoce de leurs souffrances, et l'analyse de leurs besoins.

3.1.3 Les besoins essentiels

Pour constituer ce projet, il est essentiel de ne pas perdre de vue les besoins fondamentaux de tout individu. En effet, la personne polyhandicapée présentant le plus souvent des difficultés de communication et étant dépendante de son environnement, il lui est compliqué d'exprimer ses besoins. Afin de conserver des repères, nous pouvons nous référer à la pyramide des besoins

fondamentaux de MASLOW. D'après lui, chaque être humain conserve tout au long de sa vie cinq besoins à satisfaire :

- Les **besoins physiologiques et organiques** constituent le socle de la pyramide. Ils se résument donc à respirer, boire, manger, et ne pas souffrir.
- Vient ensuite le **besoin de sécurité**.
- S'en suivent les **besoins d'appartenance et d'affectivité** : aimer, être aimé, être intégré à un groupe
- Puis arrivent les **besoins d'estime**
- Et enfin, les **besoins d'accomplissement** constituant ainsi le dernier étage de la pyramide.

Pour atteindre les derniers étages de la pyramide, pouvant se traduire par l'envie, le plaisir de bouger, de communiquer et d'apprendre, il sera nécessaire de satisfaire aux premiers besoins de l'enfant polyhandicapé. Ainsi chaque professionnel devra s'assurer que l'enfant est nourri et hydraté correctement, installé confortablement et qu'il ne présente pas de douleurs, amenant ainsi un sentiment de sécurité favorisant une disponibilité pour d'autres activités.

3.1.4 Objectifs transversaux

Sont qualifiés d'objectifs transversaux l'ensemble des points dont se soucie chaque professionnel de l'équipe. Ainsi, ils viennent compléter les objectifs propres de chaque professionnel en s'assurant de la cohérence du projet de l'individu.

Une des volontés de l'établissement est d'accompagner les personnes accueillies dans leur globalité, sans les réduire à la manifestation de leur handicap.

Pour leur permettre la meilleure qualité de vie possible, l'établissement considère que cela passe par le bien-être physique, psychologique et un accompagnement vers l'autonomie, l'éducation et l'apprentissage.

Ainsi l'accompagnement du **bien-être physique** est centré sur la qualité des soins dans une logique de prévention, en accordant une attention particulière à la lutte contre la douleur.

Par ailleurs, l'hygiène et la qualité des soins de vie quotidienne tiennent une place prépondérante dans la vie de l'enfant polyhandicapé. Ces moments sont l'occasion de contact

personnalisé et de détente si ce moment est bien vécu. En revanche, on peut imaginer que toute réalité institutionnelle amène certaines fois à mettre à mal ce moment (le manque de personnel peut en être une cause). En effet, la disponibilité psychique et la qualité de présence du soignant tiennent un rôle prépondérant dans la qualité du soin apporté. Il y aura alors une nette différence de vécu entre un enfant vivant un soin « automatisé » ou un soin empreint de disponibilité. Dans le soin, un véritable dialogue tonico-émotionnel se met en place entre l'enfant et le soignant. La disponibilité du soignant est nécessaire à l'écoute de ce dialogue permettant de s'adapter au plus près des besoins exprimés par l'enfant.

L'hydratation et la diététique sont également des domaines dans lesquels il est nécessaire de rester vigilant auprès de ces enfants. En effet, les problématiques alimentaires évoquées plus haut peuvent engendrer des complications : déshydrations, dénutrition, trouble de l'oralité, fausses routes... pouvant nécessiter la pose d'une gastrostomie.

L'accompagnement pour le **bien-être psychologique** implique la possibilité d'avoir une vie personnelle, intérieure et affective. Les professionnels ont donc le souci de favoriser cette vie personnelle et cela quelles que soient les déficiences de l'enfant. De plus, le bien-être psychologique passe aussi par la recherche de la qualité de communication avec toutes les personnes accueillies afin de concilier toutes les caractéristiques du handicap. Donc un des objectifs de l'établissement est de maintenir et de développer ou acquérir une communication singulière et évolutive avec chaque personne.

Pour développer la sphère personnelle, l'établissement vise à travailler sur les conditions favorables aux **apprentissages**, à une **éducation** adaptée et à veiller au maintien et au développement de l'**autonomie** des personnes accueillies. Pour ce faire, une grande souplesse d'approche, un cadre sécurisé et une flexibilité organisationnelle conciliant les besoins individuels et collectifs, ainsi que le respect des attentes de la famille et la bonne pratique des professionnels sont nécessaires. Le maintien de l'autonomie se traduit notamment par la liberté de choix et d'action laissée aux personnes accueillies en fonction de leurs possibilités.

Une autre composante de la qualité de vie d'un individu est sa sphère relationnelle. Elle se compose de sa place dans sa famille, dans les différents groupes sociaux et dans la société dans son ensemble.

De plus, l'entraide est une notion importante dans l'établissement, incluant l'équipe et les parents. Elle passe par le partage des connaissances et des préoccupations de chacun, ainsi que par un soutien de proximité dans le respect et l'intimité de chacun.

Un autre pilier de l'organisation de l'établissement est le dialogue et le respect entre toutes les parties prenantes de la structure.

3.1.5 Le bilan en psychomotricité

Auprès des enfants atteints de polyhandicap, il est difficile d'établir un réel bilan psychomoteur comme on l'entend habituellement. En effet, compte tenu des divers troubles faisant obstacle au développement de ces enfants, les tests standardisés classiques ne permettent pas de tirer de réelles conclusions auprès de ce public et pour beaucoup la passation n'est pas adaptée.

Il paraît donc plus adapté de se baser sur des observations essentiellement cliniques. Il semble alors nécessaire de partir de la relation établie, de son jeu spontané et de l'investissement corporel. Avant cela, comme pour tout bilan, le recueil de l'anamnèse sera nécessaire afin de mieux comprendre l'enfant dans sa globalité.

Nous pourrions explorer différents domaines :

- Le **domaine sensoriel** en observant les réactions de l'enfant face à différents stimuli (visuels, auditifs, vestibulaire, gustatif, olfactif, et tactile). Outre le fait de nous renseigner sur la sensorialité de l'enfant, cela nous permettra également de cibler quels sont les canaux sensoriels les plus investis afin de s'appuyer sur ceux-ci pour les séances à venir
- Le **domaine moteur** : si l'enfant est installé en fauteuil, nous pouvons le mettre au sol et lui retirer ses appareillages afin d'apprécier le contrôle tonique volontaire (tonus actif et passif) ainsi que son schéma postural, les coordinations motrices générales et les déplacements spontanés. On apprécie la manière dont l'enfant s'organise. On pourra également explorer la motricité fine et la préhension.
- Le **domaine relationnel** : les interactions avec autrui, son corps en relation, s'il peut être émetteur de communication ou du moins s'il en a le désir et par quel canal il passe pour entrer en relation. On regarde également s'il peut être récepteur d'échange

relationnel et si oui comment il réagit aux différentes sollicitations. On peut explorer également s'il semble être dans une attitude différenciée, s'il a conscience de l'autre, sa manière de réagir à la séparation, aux différents environnements. On observera aussi l'expression de ses émotions.

- Le **domaine cognitif** : on peut observer sa curiosité, sa capacité d'attention, s'il est source d'initiative, s'il comprend les consignes, sa mémoire, s'il peut être en imitation, la permanence de l'objet, la relation de cause à effet, son accès à la fonction symbolique, la capacité d'abstraction et de faire semblant. On regardera aussi sa relation à l'objet.
- Le **schéma corporel** : on pourra explorer sa connaissance et l'utilisation des parties de son corps, sa relation au corps, la conscience qu'il a de lui, notamment en observant son attitude face au miroir, s'il y a confusion ou individuation entre soi et autrui mais également en regardant la réaction au retrait des appareillages.
- **L'espace et le temps** : l'exploration au travers de l'investissement de l'espace, de la relation à l'espace, de l'intérêt pour l'environnement et également grâce au repérage du tempo, au repérage chronologique, à l'adaptation au rythme et à sa reproduction. Enfin, si possible, on explorera la connaissance des notions de base.

Dans ce type de bilan, nous sommes soumis à la disponibilité, aux rythmes, aux intérêts de l'enfant, nous devons donc nous y adapter.

Il est également possible de provoquer des situations, nous permettant ainsi d'observer comment l'enfant se conduit par rapport à la nouveauté, à l'objet non familier.

3.1.6 La place de la psychomotricité

Dans l'établissement où j'effectue mon stage, la psychomotricité se forge une place primordiale dans le développement d'**être au monde** des enfants. Les psychomotriciennes s'appliquent ainsi à créer un espace privilégié avec chaque enfant en séance, leur offrant des moments pour vivre des **expériences corporelles positives** au-delà des temps où leur corps peut être vécu comme une contrainte. En effet, l'appropriation du corps passe aussi par le plaisir et la détente de celui-ci.

De plus, le psychomotricien peut s'appliquer à élaborer une **compréhension corporelle** de l'enfant et notamment vis-à-vis des comportements de type autistique, ceux-ci étant fréquemment rencontrés. La compréhension fine de ces actions permet de proposer des expériences différentes, moins enfermantes, pouvant aboutir au même but.

Il propose également des **stimulations sensori-motrices**, dans la limite des possibilités et des attraits de l'enfant, développant ainsi le répertoire d'expérience de l'enfant menant à enrichir son rapport au corps, à mieux l'habiter et enfin, à prendre conscience de celui-ci.

Des activités favorisant **l'intégration des limites corporelles** peuvent également être proposées, permettant ainsi de construire le sentiment d'enveloppe des enfants.

Le travail sur le tonus, la sensorialité et l'enveloppe corporelle, à travers le toucher permettent d'accéder aux fonctions de Moi-Peau (ANZIEU). Elles permettent ainsi de renforcer le schéma corporel, renforçant à son tour l'enveloppe psychique de l'enfant.

Le psychomotricien s'applique également à **réveiller le désir d'action** et **l'appétence au mouvement**.

Plus le corps peut être investi positivement, plus l'enfant a la possibilité de s'ouvrir au monde extérieur, à la relation de manière sécurisée, et d'y trouver du plaisir.

L'ensemble de ces expériences pourront mener à son développement affectif et intellectuel.

L'objectif primordial de la psychomotricité auprès de ces enfants est finalement de les **accompagner dans le passage** d'un **corps subi**, à un **corps vécu** et **perçu**, et enfin un **corps représenté** permettant ainsi l'accès à une communication plus développée.

Pour ce faire, les psychomotriciennes de l'établissement ont à leur disposition deux salles de psychomotricité : une grande salle et une petite salle sensorielle, plus contenante. De plus, une balnéothérapie et un espace de type pataugeoire est également investi selon les besoins de chaque enfant. Par ailleurs, une médiation cheval est aussi mise en place.

3.2 Les rencontres avec Magic

Magic est un chien de race Golden Retriever provenant de l'association Handi'chiens. Son pelage est de couleur beige foncé.

3.2.1 Les temps informels

Par ses qualités naturelles vues précédemment, le chien est **source d'apaisement** par sa simple présence. Il peut également être générateur de **plaisir**.

Par ailleurs, le chien est un **catalyseur social** et permet donc, plus facilement, et plus rapidement de nouer contact avec les personnes autour de soi. Par conséquent, parallèlement aux séances de psychomotricité, le chien pourra être un plus dans un établissement en permettant au personnel de se retrouver, pendant les pauses, autour de cet animal pouvant apaiser les tensions.

Lors des temps de pauses, lorsque Magic est présent, il est souvent le centre de l'attention et des discussions. Tant dans ses moments de câlins (lorsqu'il se couche auprès de quelqu'un en lui présentant son ventre) que dans ses temps de jeux (il amène une balle pour qu'on la lui relance dans le jardin), il est source d'amusement et de bonne humeur pour les personnes présentes, leur permettant ainsi de s'écarter de leurs préoccupations journalières sur une courte durée.

Par ailleurs, la présence du chien dans les parties communes peut aussi être source de rencontres informelles avec les enfants.

Il arrive que ma maitre de stage passe dans le hall de la structure avec Magic, au moment où des enfants sont présents. Ils bénéficient alors de petits temps souvent investis par des câlins. Certaines fois, dans ce même hall, des prises en charges kinésithérapeutiques sont en cours (ils leur arrivent d'investir ce lieu avec les enfants afin d'avoir plus d'espace pour les déplacements). Si l'enfant est intéressé par Magic, ma maitre de stage peut donc proposer à l'enfant, avec accord du professionnel, de tenir Magic ou de le suivre dans ses déplacements, afin d'offrir à l'enfant un moment avec l'animal tout en restant dans la dynamique de l'action en cours.

De plus, lors d'évènements exceptionnels dans l'institution (fêtes de fin d'année par exemple), le chien pourra être un repère rassurant pour des enfants présentant des angoisses (changements

de repères, émotions importantes...). Magic pourra alors **faire le lien** entre le monde connu et les nouvelles expériences.

3.2.2 Source d'attrait et d'envie

L'interaction avec un animal reste quelque chose de **ludique et attractif** pour un enfant, apportant ainsi un bénéfice sur le plan attentionnel, permettant alors d'améliorer l'intégration des objectifs proposés. Ainsi, le chien peut donner davantage envie aux enfants de venir aux séances par sa simple présence. Par ailleurs, il est **source de motivation** et permet de **dynamiser** autrement les enfants lors des séances.

M. est un petit garçon de 8 ans vu en séance une fois par semaine avec Magic, ma maitre de stage et moi-même. Ma maitre de stage le voyait déjà en séance de psychomotricité, avant que Magic ne fasse son entrée dans l'établissement.

Avant l'arrivée de Magic, M. avait beaucoup de difficultés à investir les séances. Peu importe les propositions faites, son regard restait dans le vague, il n'était pas présent à la relation proposée.

A présent, M. sait nous montrer ce dont il a envie pendant les séances. Il recherche beaucoup le contact corporel du chien, cherche à le caresser et à se coucher contre lui.

3.2.3 Les séances

Avant d'effectuer les premières séances, à l'arrivée de Magic, des premières rencontres ont été effectuées au sein de l'établissement, de manière informelle, afin que les enfants aient un premier contact. Magic est systématiquement aux côtés de ma maitre de stage, permettant aux enfants de s'habituer à sa présence.

Lors des séances de psychomotricité, Magic est toujours présent dans la salle, qu'il soit investi ou non.

Désormais, je vais exposer les apports que le chien peut procurer en tant que médiateur, dans une séance de psychomotricité, auprès des enfants atteints de polyhandicap.

3.3 Attachement et accordage affectif

3.3.1 Baisse de l'insécurité affective

Dans *L'enfant, l'animal, une relation pleine de ressources*, D. MARCELLI, en s'intéressant à des analyses comportementales à partir de films, rapporte que « les interactions avec le chien contribuent à **réduire l'insécurité affective** de la plupart des enfants ». (p.23). Il observe que la réduction est d'autant plus significative que l'enfant est de nature anxieuse et angoissée, avec un entourage insécuré. La relation avec l'animal va alors procurer à l'enfant une « sécurité affective [...] qui facilite l'apaisement, la réassurance, et le retour de la confiance en soi et dans les autres partenaires. [...] Parallèlement, la fréquence et la durée des comportements affiliatifs augmentent. » (p.23).

Donc, la relation avec un animal familier, comme un chien présent au sein d'une institution, permettrait à l'enfant atteint de polyhandicap de se placer dans une sécurité affective et d'autant plus lorsque les liens d'attachements instaurés avec la famille peuvent se trouver être insécuré.

Une fois la sécurité affective trouvée ou retrouvée auprès du chien, l'enfant pourra alors libérer des compétences permettant le **développement social, relationnel et affectif** de celui-ci. Ainsi, cinq « compétences socles » ont été définies par H. MONTAGNER dans *L'enfant et les animaux familiers. Un exemple de rencontre et de partage des compétences spécifiques et individuelles*.

3.3.2 Les compétences socles

Le chien est un animal d'accordage grâce au fait qu'il a en commun avec l'humain cinq compétences socles :

- L'attention visuelle soutenue

L'attention visuelle soutenue est une des premières capacités du nouveau-né pour entrer en relation via le « yeux à yeux » avec la figure d'attachement. Il est un support dans la compréhension du monde extérieur permettant d'associer les informations visuelles aux autres informations sensorielles perçues. Ainsi, il peut reconnaître les personnes autour de lui en

associant le ton de la voix, les mimiques, la prosodie mais aussi décrypter les émotions et affects des personnes l'entourant.

Dans cette dynamique, l'attention visuelle soutenue peut être explorée, de manière spontanée, dans la relation entre l'enfant et l'animal. En effet, le chien est en recherche du regard de l'humain et peut initier des moments de partage yeux dans les yeux pouvant être de longue durée. Dans cet échange, l'enfant attribue à l'animal des affects, des pensées et s'y ajuste dans un dialogue tonico-émotionnel. D'après D. MARCELLI dans *L'enfant, l'animal, une relation pleine de ressources*, « l'attention visuelle soutenue permet aux enfants d'initier, d'accepter, de prolonger, et de modifier la communication face à face et de mieux décoder et comprendre les messages de ses partenaires humains » (p. 28).

Cette attention visuelle soutenue peut être très entravée chez les enfants polyhandicapés, qui, comme vu précédemment, ayant des interactions précoces particulières, associées à des difficultés neurologiques, n'ont pas toujours pu la développer. D'après H. MONTAGNER, « les chiens familiers ou devenant familiers peuvent être ainsi des « agents » susceptibles de jouer un rôle non négligeable dans le développement des processus liés à l'attention visuelle soutenue et qui n'ont pu se structurer chez un enfant à la maison, à l'école ou ailleurs, dans le cadre de ses relations avec les humains. En particulier : la communication multi-canaux, la lecture des émotions et des affects d'un partenaire qui accepte les interactions proximales, l'attention visuelle conjointe, l'accordage des émotions et l'attachement « sécuritaire ». » (p.21)

La présence du chien dans les séances soutient le développement de cette compétence, permettant aux enfants d'être davantage en relation et plus ouverts à leur environnement.

J. est un garçon évitant le regard la majeure partie du temps, étant très peu dans la relation. Il assiste à des séances de stimulations sensorielles avec le chien, en groupe, une fois par semaine, en complément d'une séance de psychomotricité au même rythme.

Lors des séances de groupe, auxquelles je participe, J. semble de plus en plus à la recherche de relation au fil des séances. Son regard suit les déplacements du chien et il nous interpelle (tape des mains sur ses genoux et gémit) lorsque nous nous occupons d'un autre enfant.

Lorsque le chien monte ses pattes avant sur la table spéciale (s'ajuste à la taille des fauteuils et permet au chien de monter à la hauteur des enfants), nous constatons de beaux regards dirigés vers le chien et cela de manière prolongée.

- Les élans à l'interaction

Les élans à l'interaction sont vus par H. MONTAGNER, comme « les manifestations de l'enfant qui entraînent une réduction de la distance interpersonnelle avec le partenaire, [...] une proximité corporelle et des contacts apaisés et apaisants. » (p. 22). Avec l'attention visuelle soutenue, ils permettent à l'enfant d'installer une relation d'attachement sécurisée aux parents et aux autres partenaires de vie.

Les chiens, sont bien souvent dans cet élan et recherchent le contact de l'humain, quel qu'il soit. L'animal va pouvoir créer et renforcer les interactions avec l'enfant porteur de polyhandicap, si ce dernier ne les initie pas. Il va s'ajuster au jeune dans un accordage émotionnel et affectif. C'est alors, d'après D. MARCELLI, « qu'un attachement « sécurisée » unique peut alors se développer, qui aide l'enfant à libérer l'ensemble de ses émotions et affects, ses processus cognitifs, ses ressources intellectuelles et son imaginaire. » (p.32).

Lors des séances avec M., le début des séances s'effectue toujours de la même manière : alors qu'il est encore dans son fauteuil coque, nous lui enlevons ses appareillages ainsi que ses chaussettes et chaussures.

Lors de son apprentissage, Magic a appris à tirer sur le bout de la chaussette que nous n'enlevons pas entièrement, afin qu'il puisse retirer les chaussettes et ainsi participer à ces rituels.

Dès que ce moment débute, Magic se tient toujours prêt à intervenir, alors même que la chaussure n'est pas encore enlevée. Il se positionne face à M., et semble impatient que ce soit à son tour d'intervenir. Lors de ces moments, de beaux échanges de regards sont déjà perceptibles entre les deux acteurs. Il semblerait alors que les interactions avec Magic débutent avant même la sortie du fauteuil.

- Les comportements affiliatifs

D'après H. MONTAGNER, « les comportements affiliatifs sont des comportements sociaux parfois qualifiés de positifs, c'est-à-dire qu'ils ont une forte probabilité d'entraîner des interactions ajustées et accordées de longue durée. Ils fondent les processus dits de socialisation qui régulent notamment les interactions au sein des groupes de pairs. » (p. 24).

D. MARCELLI évoque des comportements analysés comme affiliatifs chez le chien. Pour lui, ce serait « le regard direct et « franc », la gueule entrouverte sans plissements de museau, les oreilles dressées, les balancements de la queue, les halètements avec des écoulements salivaires, les léchages massifs, les pattes posées sur la cuisse, etc. » (p.35).

Ainsi, d'après H. MONTAGNER, ces comportements spécifiques observés chez le chien permettent d'activer, de stimuler et d'organiser les comportements affiliatifs des enfants envers l'animal mais également à l'égard de ses pairs. Certains comportements observés chez les enfants porteurs de polyhandicap comme de la fuite, de la crainte, des autostimulations ou des comportements autocentrés sont alors stoppés ou du moins réduits. D'après D. MARCELLI, « ils dévoilent au fil des semaines des capacités inattendues dans les processus de communication, les activités ludiques et de coopération, les ajustements comportementaux, les interactions accordées et les « conduites » de médiation. » (p.36).

- La capacité à reproduire et imiter

De la même manière qu'un jeune enfant imite ses parents (du moins partiellement jusqu'à l'obtention d'une maturation tonico-posturale suffisante), les enfants cherchent à imiter les animaux qu'ils connaissent, tant sur le plan vocal que comportemental.

Par ailleurs, les animaux peuvent aussi « imiter » l'humain grâce à leur éducation mais aussi de manière plus spontanée (on observe parfois les chiens cacher des jouets à la manière d'une blague). Il arrive donc également que les chiens reproduisent, certainement par le biais du conditionnement, des actes effectués par l'enfant. Ce dernier perçoit alors l'animal comme un complice et pourvu d'intelligence.

A. est un garçon âgé de 5 ans. Sa construction identitaire est encore fragile. Il se trouve encore beaucoup dans le « collage » avec autrui.

Lors des rencontres avec Magic sur les temps informels, A. se met souvent dans la même position que le chien, et se colle à lui.

Pour éviter une confusion Moi – Non Moi et pour l'aider à se différencier, il est important de rester attentif à ces moments et de verbaliser les différences entre lui et le chien.

Le chien étant éloigné physiquement de l'homme à plusieurs niveaux, on peut penser qu'A. prend plus facilement conscience de la séparation Moi / Autrui avec la présence du chien.

- Organisation ciblée du geste et organisation corporelle

H. MONTAGNER, dans son article, dit « qu'il s'agit de la capacité de l'enfant à structurer et organiser ses gestes [...] en direction des objets qui ont retenu son attention visuelle, puis dans leur préhension et manipulation » (p.28).

Le chien détient une organisation du corps ainsi que des habiletés motrices permettant le mouvement qui, d'après l'auteur, va stimuler « les émotions et les compétences sociales des personnes ».

Ainsi, pour l'enfant porteur de polyhandicap, la présence répétée du chien va stimuler, révéler, l'organisation ciblée du geste ainsi que ses habiletés motrices.

L'ensemble de ces « compétences sociales », stimulées par le chien, tiennent un rôle important dans le développement de l'enfant et notamment dans les processus d'attachements, de socialisation et de régulation des comportements.

3.3.3 La réminiscence

Le chien est un animal de compagnie couramment rencontré au sein des familles. Il est donc possible que les patients avec lesquels nous travaillons aient, ou aient eu un chien dans leur vie. Si cela n'est pas le cas, il est plus probable qu'ils en aient eu dans leur entourage proche. Il y a donc souvent une **charge affective** présente et renvoyée par le chien médiateur. Il peut alors être une aide à la **réminiscence de souvenirs** permettant alors à l'enfant de s'engager différemment dans la séance. Pour les enfants possédant le langage, le chien peut **faciliter l'entrée en relation** et la **discussion** en partant du vécu du patient avec cet animal.

3.3.4 Une histoire d'hormone ?

Afin de mieux comprendre le processus d'attachement entre le chien et l'homme, M. NAGASOWA et al. ont cherché à comprendre ce qui se passait d'un point de vue hormonal. Dans leur article datant de 2015, ils démontrent que le simple échange de regard entre l'humain et le chien provoque des phénomènes hormonaux mettant en jeu l'hormone clé de l'attachement : l'**ocytocine**. Celle-ci détient un rôle essentiel dans la formation des liens d'attachements entre une mère et son enfant. Par ailleurs, ces mêmes chercheurs ont également

montré que le taux d'ocytocine était plus élevé chez les personnes embrassant fréquemment leur chien.

Une étude plus ancienne effectuée par J. SIEGEL et al. a montré que l'interaction avec le chien permet de faire **augmenter le taux de sérotonine**, hormone contribuant à lutter contre la dépression mais permettant également d'aider à mieux supporter la douleur.

Ces études précisent ainsi pourquoi le chien est une aide précieuse dans le processus d'attachement des personnes polyhandicapées mais également pour quelle raison la présence du chien leur procure de l'apaisement.

3.4 Support du développement sensori-moteur

L'individu se construit d'abord par ses sens qui vont rester des tuteurs indispensables tout au long de la vie. Le vécu ainsi que les particularités sensorielles de certains enfants atteints de polyhandicap font que le domaine sensoriel n'a pas forcément pu être totalement investi.

Le travail avec le chien va alors être intéressant car il replonge l'enfant dans un monde sensoriel riche.

3.4.1 *Le système tactile*

D'après A. BULLINGER dans *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, « le système tactile est le premier système qui, dans le développement fœtal est mature. Le tactile, à la différence des autres modalités sensorielles, concerne toute l'enveloppe corporelle. Cette modalité sensori-motrice est en liaison étroite avec les dimensions émotionnelles. WALLON puis AJURIAGUERRA ont bien décrit cette stimulation qui permet de sentir les limites corporelles, et par le contact avec l'autre, rend possible une modulation tonique et posturale qui reflète la qualité de l'interaction entre le bébé et la personne qui le porte » (p.53)

Ainsi, les expériences tactiles qu'effectuera l'enfant seront primordiales dans son développement psychomoteur. Seulement, nous avons pu voir précédemment que le portage et

les interactions précoces peuvent être mises à mal chez les enfants porteurs de polyhandicap, ce qui **impacte** également les **expériences par le toucher**.

De plus, ils peuvent comporter des **particularités tactiles** telles que des douleurs dans certaines zones corporelles. Ceci peut générer une certaine appréhension de l'entourage dans les propositions tactiles faites à l'enfant, par peur de lui faire mal.

Le chien, dans cette dynamique, n'aura **pas d'appréhension** envers l'enfant, le mettant dans une position de sujet sans particularités. Il prendra donc contact avec lui sans faire de différence avec un autre enfant. Il sera alors nécessaire d'être garant du bien-être de l'enfant en faisant attention à ce que le chien fait avec l'enfant (s'il pose son museau ou s'allonge sur une partie de l'enfant pouvant être douloureuse).

M. présente des douleurs récurrentes au niveau du bouton de sa gastrostomie mais également de vives douleurs au niveau des hanches. Son très faible contrôle tonique ne lui permet pas de se déplacer ni de s'installer de manière autonome. Nous devons donc faire attention aux positions dans lesquelles nous l'installons.

Lorsque M. et Magic sont au sol ensemble, ce dernier peut s'installer contre M. sans faire attention à ces particularités. Nous devons donc être attentives aux réactions de M. et le repositionner en cas de besoin, afin d'éviter les douleurs.

En plus de leurs restrictions motrices qui peuvent en elles-mêmes entraver l'exploration globale de l'environnement, il arrive que des enfants s'enferment dans des conduites d'autostimulations, ne laissant alors pas de place aux stimulations environnementales. La possibilité de découverte par le toucher est alors entravée.

Lors des séances avec Magic, une installation permet au chien de monter à hauteur de l'enfant lorsqu'il est installé dans son fauteuil. Il entre alors dans le champ de vision de l'enfant. Cette nouveauté permet parfois de **couper court aux autostimulations**. Par ailleurs, l'enfant peut accéder facilement à Magic et peut le caresser, s'il le souhaite. De plus, il arrive régulièrement que nous mettions les enfants au sol, libérés de leurs appareillages, afin de leur offrir le maximum de sensations possibles sur l'intégralité de leur corps. Magic vient alors souvent à leur rencontre lorsque ce ne sont pas les enfants qui sont à la recherche de sa présence.

M. présente des troubles toniques importants avec une hypotonie axiale et une spasticité importante au niveau des membres supérieurs mais également la présence d'hyperextensions, souvent signes de douleurs. Il est dans l'impossibilité de tenir la position assise et présente de grandes difficultés à effectuer des gestes spontanés.

Lors des séances avec Magic, M. nous a surprises lorsqu'il a déplié son bras et à délié ses doigts dans des mouvements d'ouverture et fermeture de main en direction de Magic. M. nous signifiait alors son envie de le caresser. Ce type de geste avait très rarement été observé de manière aussi franche. Magic s'est donc approché et M. a pu le caresser, sans notre aide, durant quelques instants.

Les **différences de textures** (poils, peau, coussinets, museau) ainsi que les **variations de chaleurs** sur les différentes parties du corps peuvent être explorées (la température du chien étant naturellement plus élevée que celle de l'homme). De plus, les patients peuvent ressentir des parties plus humides que d'autres, telles que le museau ou la langue lorsque Magic se met à lécher la main d'un enfant. Par ailleurs, les manières d'explorer le toucher peuvent être différentes : la caresse, l'effleurage, le tapotement...

Le chien permet ainsi **d'agrémenter le répertoire de sensations tactiles** grâce à ses particularités physiques en même temps qu'il procure aux enfants appétence et motivation au mouvement.

3.4.2 Le système olfactif

La sensibilité aux odeurs peut être observée dès la naissance. En effet, les nouveaux nés ont la capacité de distinguer l'odeur de leur mère de celle d'un étranger. D'après A. BULLINGER, « les personnes polyhandicapées recherchent souvent les odeurs familières [...] » (p. 28). L'olfaction est donc un sens sur lequel on peut s'appuyer (hors troubles spécifiques) dans les séances de psychomotricité auprès de ce public.

L'odeur dégagée par un chien est particulière et reconnaissable et peut avoir une fonction de repère, de **support** aux modalités du **cadre** instauré. D'après A. BULLINGER « les odeurs ont

valeurs de contenant » (p.28). La reconnaissance de l'odeur du chien va ainsi pouvoir être un **support à l'apaisement** et va d'autant plus rassurer l'enfant.

Par ailleurs, les odeurs vont être un appui supplémentaire à la **découverte et l'investissement des sens**.

3.4.3 *Le système visuel*

D'après A. BULLINGER : « Les stimulations créées par les flux visuels sollicitent essentiellement la vision périphérique. Elles permettent la mise en forme du corps et les orientations vers une source. Elles rendent possibles la compréhension de la situation de mobile que peut prendre le corps dans l'espace. L'aspect d'analyse d'image, autre propriété d'entrée visuelle, sollicite essentiellement la fonction focale. Elle se met en place lorsque les coordinations avec les fonctions périphériques permettent d'utiliser le regard comme un outil d'exploration spatialement orienté » (p.53).

Ainsi, les visions périphériques et focales pourront être stimulées via différentes propositions. Tout d'abord, par ses mouvements spontanés, le chien peut faire **engager le regard** des enfants de manière à balayer la salle visuellement. De plus, les caractéristiques physiques propres au chien **stimulent les perceptions visuelles** : le chien peut posséder des couleurs différentes au niveau des yeux ou du pelage ; des poils longs ou courts ; des parties plus osseuses et d'autres plus charnues...

Par ailleurs des supports physiques pourront être installés sur le chien afin d'enrichir les sensations et perceptions visuelles des enfants. Par exemple, des capes de différentes couleurs ou encore avec des motifs pourront être portées par le chien. Ainsi installé, le côté **attractif** de l'animal engendre une motivation supplémentaire pour investir la proposition.

L'investissement des propositions permettront, d'après A. BULLINGER de jouer « un rôle important dans la **régulation tonico-posturale**, les **mis en forme** et **l'orientation du corps**. Elles permettent aussi de comprendre le corps comme pouvant être mobile dans l'espace » (p.78).

Lors des séances en compagnie de Magic, nous constatons que lorsque M. souhaite le caresser, son regard porté sur le chien le pousse à un recrutement tonique axial (coûteux en énergie) mais porteur d'une initiation au mouvement que l'on aide à terminer. De plus, son regard engage également des mouvements de bras et de mains en direction du chien afin de le toucher.

3.4.4 *Le système auditif*

D'après A. BULLINGER « les stimulations sonores jouent un rôle important dans les fonctions d'alerte et d'orientation. Ces conduites supposent une capacité de mobilisation tonique qui ne se réalise que si la source de stimulation émane d'une zone définie de l'espace. Les aspects de communication par ce canal ne peuvent se mettre en place que lorsque cette propriété du flux auditif est maîtrisé.» (p.54)

Par ses capacités d'aboiements, de couinements ou plus simplement de soupir, ou même de respiration, le chien peut être la source de **stimulation auditive** pour l'enfant porteur de polyhandicap. S'il localise dans l'espace la provenance du son, une **organisation des conduites visuelles**, ainsi qu'une attention plus stable seront mises en place afin de trouver la source. Le corps s'engagera alors dans des **conduites d'orientations**, dans la limite du possible.

3.4.5 *Le système vestibulaire*

D'après A. BULLINGER « le système vestibulaire est sensible aux flux créés par les forces de la pesanteur. Il est également sensible aux accélérations produites par les mouvements actifs ou passifs qui l'animent. Les mouvements des segments et les états posturaux sont signalés au cerveau par la sensibilité profonde » (p.54).

La sensibilité vestibulaire peut donc être stimulée à travers plusieurs exercices, tant que le corps est en mouvement. Cela pourra donc se faire à pied ou en fauteuil lors de promenades en tenant le chien en laisse par exemple. Si l'enfant tient l'animal, il devra **ajuster son contrôle tonique** et **mobiliser sa motricité globale**. De plus, il devra être **congruent** dans ses mouvements et ses ordres afin que le chien puisse correctement répondre à ses envies. Par

ailleurs, une augmentation de l'**estime de soi** et de la **confiance en soi** sera procurée grâce au sentiment de contrôle et de responsabilité, sentiment peu ressenti dans le quotidien de ces enfants.

Lorsque nous accompagnons M. dans son fauteuil, de son groupe jusqu'à la salle de psychomotricité, il est arrivé qu'il nous fasse comprendre qu'il souhaitait tenir Magic à l'aide de la laisse. Nous l'aidons alors à la lui mettre entre les mains et il tient alors le chien tout au long du trajet (ma maître de stage le tient également par le harnais pour des raisons de sécurité). M. affiche alors un très large sourire et semble très fier d'être maître de l'animal durant quelques instants.

Par ailleurs, des parcours psychomoteurs pourront être proposés pour les enfants en ayant la possibilité, leur **équilibre statique** et **dynamique** s'en trouveront renforcés. La présence du chien à leur côté permettant de **s'engager plus facilement** sur des éléments pouvant leur paraître difficiles.

Au cours des séances, des jeux de balles peuvent être initiés entre l'enfant, le chien et le psychomotricien, permettant d'aborder de manière ludique la **poursuite du regard**, les **coordinations oculo-manuelles**, l'**ajustement tonique** et sa **motricité globale**.

Ces jeux permettront de travailler autour de l'espace. M. WEBER en fait part dans *La psychomotricité relationnelle*, où, pour elle, le chien aide à **élargir l'espace d'action** en invitant les enfants au mouvement et à de nouveaux jeux. Pour exemple, « les enfants adorent se cacher et se faire chercher par le chien, ou cacher des objets que Poli (son chien) doit à son tour chercher » (p.147).

Par ailleurs, d'après D. MARCELLI, dans *L'enfant et l'animal, une relation pleine de ressources*, pendant le jeu, les patients « réorientent et réorganisent leurs comportements en permanence, recomposent leur raisonnement, élaborent de nouvelles tactiques, stratégies ou règles » (p.42). Ainsi, les processus cognitifs de l'enfant sont stimulés car il va **anticiper les mouvements du chien** pendant les jeux par exemple. L'animal permet ainsi de **catalyser les ressources intellectuelles**, et amène projections, transferts et, en parallèle, active l'imaginaire.

Les soins quotidiens du chien pourront être l'occasion d'investir des moments de calme. Pour exemple, lors du brossage des poils, le nourrissage, le shampoing, le nettoyage des dents et des oreilles ainsi que l'entretien des griffes. L'enfant pourra être dans une position

observatrice ou participative en fonction de ses possibilités et de ses envies. Cela favorisant également un travail de régulation tonique, de motricité fine et globale, de poursuite oculaire et d'attention. Lors de ces temps de soins à l'animal, l'enfant sera confronté directement à ses similitudes en tant qu'être vivant nécessitant une hygiène corporelle procurée dans une dépendance à l'autre. Nous pourrions rester attentifs à la façon dont cela pourra affecter l'enfant : surprise, amusement, sidération...

3.4.6 De la sensation à la perception jusqu'à la représentation

Finalement, d'après A. BULLINGER « Les techniques d'intégration sensorielles, où l'enfant en mouvement est soumis à des flux variés, permettent le plus souvent de lui redonner les moyens de construire une enveloppe corporelle » (p.55). Les flux, pour A. BULLINGER, correspondent à « une émission continue et orientée de signaux qui atteignent les capteurs dont est doté l'organisme ». Il y a plusieurs types de flux : gravitaire, tactile, olfactif, gustatif, sonore et visuel. Ces flux peuvent correspondre aux stimulations sensorielles vues précédemment. Ces signaux sensoriels associés aux signaux liés à son engagement tonique permettent à l'enfant de faire de son organisme un outil, et facilitent sa connaissance de lui-même. On peut donc penser que cet ensemble sera un **support à la construction de l'enveloppe corporelle** des enfants.

De plus, d'après M-F. LIVOIR-PETERSEN, « les impacts tactiles s'associent à ceux de ses changements de positions et de ses mouvements » lorsque l'enfant manipule l'animal. « Ce n'est que progressivement que les signaux sont intégrés en traces stables qui rendent compte des caractéristiques d'un objet réel puis le représentent » (p.42). Ainsi les sensations procurées amèneront à des perceptions, qui à leur tour engendreront des représentations, avec l'aide de mises en mots des expériences vécues. Ce n'est qu'à partir de ce stade que les instrumentalisation pourront être effectives car, d'après A. BULLINGER « la maîtrise d'actions instrumentales ne peut intervenir que si les points d'appui représentatifs sont suffisamment stables » (p.55).

Les canaux sensoriels étant les premiers modes de découvertes et d'exploration de l'environnement, il paraît primordial pour le développement des enfants atteints de polyhandicap, de leur apporter des sensations variées répétitives et rythmées. En effet, il arrive fréquemment que ces enfants aient des lenteurs dans l'intégration de l'information, il faut donc

d'autant plus répéter les propositions afin qu'elles puissent s'intégrer à leurs système de perception et de représentation.

A travers ces expériences corporelles, certains enfants porteurs de polyhandicap pourront acquérir des repères organisateurs pour aider à leur développement psychomoteur.

D'après le *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et techniques*, c'est « en partie par cette activité sensorielle que l'enfant parvient à bâtir une conscience de soi distincte de l'autre, en partie aussi par l'action, avant que ne se développe l'abstraction langagière qui permettra une mise à distance de l'activité sensori-motrice » (p. 289). Seulement, beaucoup d'enfants porteurs de polyhandicap n'en sont pas à ce stade du langage et sont donc encore très engagés dans les expériences sensori-motrices. Le psychomotricien, en mettant des mots sur le vécu de l'enfant, sur ses ressentis, en localisant les sensations, l'aidera à prendre conscience de son corps propre, de la position de ses membres, de ses limites.

Finalement, le chien, par les multiples propositions possibles en sa compagnie, peut être un support au développement de l'activité sensori-motrice au sein des séances de psychomotricité. L'enfant atteint de polyhandicap pourra donc être amené à prendre conscience du corps autrement, grâce au chien. En effet, il n'est peut-être pas habituel pour la plupart de ces enfants de recevoir un toucher plus chaud que d'habitude, avec la présence de pelage, possédant une respiration clairement perceptible. De plus, ce toucher est non opérationnel dans le sens où il ne possède pas de but précis (exemple des soins). Cet ensemble de caractéristiques sera probablement plus interpelant pour les enfants, engendrant alors peut-être plus d'intérêt. La conscience corporelle du sujet pourra alors s'élaborer sur la base de ce contact, éveillant la sensorialité de la partie du corps engagée dans le toucher avec l'animal.

Ainsi, les particularités sensorielles du chien vont pouvoir étayer notre pratique en permettant de nourrir les sensations du patient en vue de développer ses perceptions et ses représentations. Tout cela permettant finalement d'aider le patient à se construire corporellement et psychiquement.

3.5 Sentiment d'identité

3.5.1 *Le Moi-peau*

En parallèle du support à un attachement sécurisé, le chien va aider au développement du sentiment d'identité. *Le Moi-peau* de D. ANZIEU aide à comprendre l'installation progressive du sentiment d'identité à travers la construction d'une enveloppe physique puis psychique.

Le bébé naît en l'absence d'une peau opérante dans la fonction d'enveloppe, de contenant physique et psychique. Ce sont les contacts corporels qui vont permettre la perception de la peau en tant que surface. Ces expériences tactiles amènent le bébé à construire une enveloppe corporelle participant à son individuation. Il peut alors différencier l'intérieur de l'extérieur, favorisant ainsi un sentiment d'intégrité corporelle.

D'après D. ANZIEU, les processus de pensées ont toutes une origine corporelle. La peau aurait donc diverses fonctions qui étayeraient ce concept de *Moi-peau*. On trouve notamment :

- La fonction de **sac contenant** qui « contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, les bains de paroles y ont accumulés » (p.61).
- La fonction **d'interface** qui délimite le dedans du dehors.
- La fonction de « **communication** avec autrui, d'établissement de relations significatives » (p.62)

L'ensemble des expériences de la peau vécues par un enfant vont lui permettre d'accéder à sa représentation psychique.

Le *Moi-peau* a huit fonctions selon l'auteur. Les trois principales sont :

- La fonction de **maintenance** du psychisme : elle dépend de l'intériorisation de ce que Winnicott a nommé « holding » maternel.
- La fonction de **contenance** psychique : elle est assurée par le « handling » maternel (Winnicott)
- La fonction d'**individuation** du Soi : l'auteur compare la peau à la membrane des cellules organiques protégeant l'individualité de la cellule. Par cette fonction d'individuation du Soi, le *Moi-peau* apporte à l'individu le sentiment d'être unique.

Seulement, on peut penser que l'enfant polyhandicapé, de par les expériences précoces perturbées, sera sujet à un Moi-peau particulier voire fragilisé, mettant alors à mal la construction psychique et l'individuation du sujet.

Dans cette dynamique, le chien peut soutenir, à sa manière, les fonctions du Moi-Peau. En effet, le chien peut étayer la fonction de **maintenance du psychisme**, non pas en portant physiquement l'enfant mais grâce au **regard porteur** qu'il lui apporte. Le regard d'un animal, et notamment d'un chien, franc, ajusté, dénué de jugement, peut assurer cette fonction qui a pu faire défaut dans le développement de l'enfant. De plus, le **contact « peau à peau »** avec la chaleur du corps de l'animal, son odeur, vont favoriser, par le dialogue corporel, la conscience du corps propre.

Par ailleurs, ce contact yeux à yeux assure également une fonction de **contenance psychique** retrouvée dans le Moi-peau. En effet, le chien peut assister au prendre soin de l'enfant, soit uniquement par sa présence, soit grâce aux ordres appris. Il participe ainsi à l'intégration du « handling » nécessaire au développement de la fonction contenante du Moi-peau. A l'inverse, le prendre soin du chien va pouvoir métaphoriser le « handling ». Les caresses ou encore le brossage du chien vont engendrer des réactions chez ce dernier. Le psychomotricien restera alors attentif aux signes que peut renvoyer l'animal et mettra du sens sur ce vécu (« il n'aime pas ça, regarde, il a les oreilles en arrière »).

Le regard de l'animal viendra alors compléter celui du psychomotricien permettant ainsi de réaliser un **double portage**. Cela engendrera un véritable étayage pour le patient. R. DE LUBERSAC a écrit « le regard est plus continu que les sensations tactiles ou olfactives, il va être donc plus gratifiant dans les échanges, c'est donner à ce qui est autre une existence, mais c'est aussi donner sa propre existence, cette façon de marquer sa présence ». Ce double portage par le regard va donc aider au développement du **sentiment d'identité**.

Enfin, par l'intégration sensorielle vue précédemment, le chien permet des sensations variées sur le corps, amenant l'enfant à prendre conscience de sa peau comme une part de Soi, étayant ainsi le processus d'**individuation**.

3.5.2 La possibilité de choix et d'opposition

Le chien est toujours présent dans les séances, mais si l'enfant le souhaite, il peut demander à ce qu'il reste couché et passif, s'il ne souhaite pas l'investir.

L'enfant peut également structurer le temps du chien en décidant de le faire attendre pour une croquette ou pour aller récupérer la balle.

Lors des séances avec M., après que Magic a fini de lui enlever les chaussettes, il est récompensé par une croquette. Pour ce faire, nous en disposons une sur un pied. M. est chargé de nous donner le signal pour que Magic puisse la manger. Nous nous mettons donc d'accord au préalable sur le signe à émettre : sourire et regard dirigé, mouvement de bras ou de main, ou encore mouvement de pied.

Il arrive que M. fasse attendre Magic. Il semblerait que cette attente soit volontaire et lui procure beaucoup d'amusement et de fierté. En effet, pendant ce temps, nous verbalisons l'attente et ce que cela peut provoquer sur Magic, M. affiche alors un large sourire ainsi que des vocalises avant de nous donner le signal tant attendu.

Cette possibilité de **contrôler l'action et le temps** du chien met l'enfant dans une place d'**acteur** au sein de la séance, ce qui enrichit le **sentiment d'existence**.

Cette place peut également s'étayer à travers le choix des jeux proposés entre l'enfant et Magic.

Lors des séances de stimulations sensorielles avec Magic, nous proposons aux enfants de choisir quel est le jeu qu'ils veulent effectuer avec lui. Ils ont le choix entre le passage dans le tunnel ou la balle à picots à envoyer au chien. Les enfants n'ayant pas acquis le langage, nous leur proposons un jeu de part et d'autre de leur fauteuil. Nous considérons comme choisi le jeu sur lequel leur regard se porte le plus longuement.

Ce choix leur permet donc d'être acteur de la séance en choisissant ce qu'ils feront faire à Magic. Cela permettra d'étayer un peu plus leur **sentiment d'identité**.

Enfin, d'après D. MARCELLI, « par son mode de présence qui n'empiète jamais, l'animal familial crée autour de l'enfant un « espace intermédiaire » qui diminue la pression extérieure et favorise la croissance de l'identité » (p.79).

3.6 Communication

La présence de l'animal en séance permet à l'enfant, d'après F. BEIGER dans *La zoothérapie : Nouvelles avancées*, « d'apprendre à interagir avec lui ». Il y a diverses manières d'entrer en lien avec l'animal mais il y a des « gestes à privilégier et d'autres à éviter ». On peut donc chercher à développer la communication entre les deux protagonistes.

3.6.1 De l'identité à l'ouverture du monde

L'enfant a peu de crainte de se faire contredire par l'animal dans les actions qu'il propose, il se laisse donc un potentiel d'exister et de faire émaner son identité plus facilement. Au sens de D. WINNICOTT, on serait dans un « espace intermédiaire » où, d'après D. MARCELLI, « l'enfant pourra mettre en relation le dedans et le dehors de manière créative ; un espace relationnel où l'enfant est à même de croître, et où l'enfant est capable de prendre le risque d'exister avec peu de danger de se voir contredire par son ami à quatre pattes » (p.83), laissant ainsi à l'enfant un plus grand potentiel d'ouverture au monde.

3.6.2 Le rôle du tonus

Une des particularités de la plupart des enfants porteurs de polyhandicap est notamment leur manière de communiquer. En effet, il y a bien souvent absence de langage verbal, on passe alors par d'autres canaux afin d'entrer en communication et pour décrypter ce que l'enfant face à nous veut nous dire. A la manière dont on peut communiquer avec un bébé, nous pouvons interagir via la communication non verbale, posturale, prosodique, gestuelle, mimique. De cette manière, les interactions se font notamment à travers le **dialogue tonique** (concept élaboré par WALLON et AJURIAGUERRA).

De la même façon, si le chien ne parle pas, il n'en communique pas moins. Mais encore faut-il pouvoir comprendre ce qu'il a à nous dire.

Cette ressemblance n'est peut-être pas anodine dans la manière dont les enfants accrochent à l'animal. Comme l'évoque D. MARCELLI dans *L'enfant et l'animal, une relation pleine de ressource* : « L'enfant et l'animal se comprennent « spontanément », pourrait-on dire sans effort » (p.8).

Le tonus est pour WALLON et AJURIAGUERRA un des modes les plus primitifs d'échange entre un enfant et son environnement. Il a valeur de communication car il est un moyen d'appel et d'expression envers l'entourage afin d'exprimer les besoins et désirs.

En entrant en communication par le sensoriel avec le toucher, le regard, ou encore l'odeur, le chien donne lieu à des ajustements de rythmes, faisant alors émerger un dialogue tonique ainsi qu'un accordage affectif.

La **communication** avec un animal est **plus sobre** que celle avec un humain. Là où l'homme peut être source de surcharge d'informations (sensorielles et motrice), le chien va avoir des signaux plus sobres, plus clairs. En l'absence de langage, nous ne pouvons nous fier qu'au corps et à ses intentions. Ainsi, la présence du chien amène à retrouver un dialogue tonique originel, la communication s'établissant sur un **mode tactile et postural** à travers le tonus. Ainsi, l'enfant polyhandicapé n'aura pas besoin de faire le tri dans les afférences qu'il reçoit et pourra se sentir moins débordé par les signaux reçus. Cette sélection pourrait permettre de développer de plus grandes capacités attentionnelles et ainsi mieux intégrer l'expérience qu'il est en train de vivre grâce au chien.

3.6.3 Un médiateur de communication

Le mode de communication gestuelle, tonique ou pourrait-on dire **archaïque** du chien amène l'enfant à se centrer sur une **communication primaire** pouvant être rassurante et donc plus facilement investie.

Si l'enfant souhaite se faire comprendre auprès de l'animal, il va être nécessaire de faire concorder ses comportements non verbaux (posture, regard, attitude) avec ses demandes (gestes, intonation).

De plus, l'enfant va aussi devoir décrypter les comportements et attitudes du chien afin de comprendre ses intentions. Il est donc un support très intéressant afin de développer le décryptage des émotions, des comportements.

Par ailleurs, la présence du chien auprès d'enfants ayant peu recours à la communication leur permettrait, selon F. BEIGER, « de rentrer en contact avec le monde extérieur sans qu'ils se sentent agressés ».

Le chien ouvre la possibilité d'un mode de communication spontané, sans langage à l'enfant porteur de polyhandicap. En l'investissant en séance avec l'animal, l'enfant peut se sentir valorisé et plus détendu dans le relationnel, lui permettant alors de s'ouvrir aux autres.

J., qui participe aux ateliers sensoriels avec Magic, est un garçon qui n'entrait que peu souvent en relation et donc en communication.

La rencontre récente entre la psychomotricienne et la mère de J. a fait émerger une belle évolution. En effet, cette dernière a confié que J. était beaucoup plus ouvert à la relation, et à son environnement depuis le début des séances de psychomotricité avec Magic. Il interpelle les membres de sa famille et il lui arrive même d'appeler le chien de la famille pour être à ses côtés, chose qui n'était pas arrivé jusqu'alors.

Pour aller plus loin, F.DOLTO, dans son livre *L'image inconsciente du corps*, rajoute que « les mots, pour prendre sens, doivent d'abord prendre corps » (p.45). Ainsi, dans l'optique où l'enfant serait en possibilité de parler, il doit d'abord pouvoir investir la sphère corporelle dont la communication non verbale. Dans cette dynamique, la relation enfant – chien pourrait alors aider.

3.6.4 Et la parole ?

Le mode de communication verbale est instinctivement le plus utilisé par les humains, ou du moins celui que l'on privilégie consciemment, tant dans l'expression que dans le décryptage. Avec le chien, ce mode de communication est souvent utilisé pour se confier car le chien permet, par son apport en sécurité affective, par ce qu'il véhicule, la libération de la parole et de l'expression des émotions, et de la pensée. D'après D. MARCELLI, « l'enfant semble déverrouiller son monde intérieur » (p.24). En effet, l'enfant parle et se confie à l'animal, sachant que cet être dénué de langage verbal et de jugement, ne pourra alors pas répéter ses confidences, amenant ainsi un côté sécurisant.

La communication verbale peut aussi donner lieu à l'expression d'ordres pour le chien. Cela permettant d'augmenter le narcissisme du patient en offrant un sentiment de contrôle sur l'animal et par extension, sur le déroulé de la séance.

Cela sera plus ou moins lisible selon les enfants et, surtout, suivant les pathologies associées. Pour les enfants atteints de polyhandicap que je rencontre au sein de mon stage, cela n'est pas encore possible pour la majorité, n'ayant pas acquis le langage, comme cela est le cas pour l'enfant que je vais présenter.

3.7 Etude de cas d'Antoine

J'ai rencontré Antoine au sein du Jardin d'Enfants Spécialisé, terrain de stage sur lequel je suis présente un après-midi par semaine avec ma maitre de stage et Magic.

3.7.1 Son histoire

Antoine est un petit garçon de 4 ans, brun, au teint hâlé, présentant des séquelles d'une encéphalopathie secondaire suite à une méningite sur ostéoarthrite aiguë de hanche droite, amenant à des hospitalisations prolongées. Il est entré dans l'établissement en Juin 2017.

Il est installé dans un corset siège et possède des chaussures orthopédiques.

Antoine a une petite sœur et deux demi frères plus âgés. Ces derniers sont placés chez ses grands-parents.

Ses parents vivent maritalement : sa mère est au foyer tandis que son père est manutentionnaire. Malgré une envie de bien faire, la mère se trouve en difficulté dans le prendre soin d'Antoine : c'est donc principalement le père qui s'en occupe depuis la naissance. L'équipe se questionne sur la construction psychique de la mère qui semble fragile. De plus, il m'est rapporté que le père présente un certain déni des difficultés et troubles du comportement de son fils.

- Anamnèse

La grossesse de la mère et l'accouchement se sont bien déroulés. L'évolution de cet enfant s'est faite normalement le premier mois.

C'est à l'âge de 1 mois et demi qu'un épanchement liquidien au niveau de la hanche droite est repéré. Il subit alors une arthroscopie et un lavage de la hanche à l'âge de 2 mois. Rapidement, une méningite est détectée.

S'en suit alors une hospitalisation d'une durée d'environ deux mois en réanimation, puis, un mois supplémentaire en néonatalogie pour surveillance et soins complémentaires.

Au cours de ces interventions, des évacuations du liquide céphalo-rachidien doivent être effectuées en raison d'une pression intracrânienne trop élevée. C'est alors, à l'âge de 8 mois, qu'une dérivation ventriculo-péritonéale sera mise en place.

A la suite de cet épisode infectieux aiguë avec méningite, Antoine présente un tableau de régression complète des capacités antérieures acquises.

A l'âge de 3 ans et 3 mois, il sera opéré des deux hanches (ostéosynthèse). S'en suivra une immobilisation plâtrée d'environ 2 mois, à la maison, avec accompagnement par le SESSAD avant sa réorientation dans l'établissement. De nouvelles régressions sont alors à noter, notamment dans la position assise, les échanges relationnels et les vocalises.

- Suivis paramédicaux

Antoine bénéficie de deux séances de kinésithérapies chaque semaine. Ce suivi a pour but de soutenir son accès à la marche. Des encombrements pulmonaires réguliers sont présents et des séances de kinésithérapie respiratoire sont effectuées si besoin.

Il rencontre l'orthophoniste une fois par semaine au sein d'un atelier de groupe ayant pour objectif la reconnaissance et l'apprentissage des signes du Makaton, mais également pour stimuler la relation en groupe ainsi que l'élan à l'interaction.

Il bénéficie d'une prise en charge en ergothérapie une fois par semaine afin de vérifier ses appareillages mais également afin de solliciter ses capacités de préhension et lui permettre un accès à l'autonomie, notamment pour l'habillage et les repas.

Enfin, il rencontre la psychomotricienne deux fois par semaine.

Antoine se trouve dans l'établissement depuis 3 mois lorsque je débute mon stage. A mon arrivée, la psychomotricienne avait débuté les observations cliniques de cet enfant, nous les poursuivons alors ensemble.

- Bilan psychomoteur
 - Tonus, posture et motricité

Antoine possède un tonus global opérant, une capacité de relâchement et maintien postural spontané efficient dans la position couchée et assise. La tenue de tête et de tronc sont acquies.

Concernant la motricité globale, il est capable de retournements, de passage en position assise seul, et de la maintenir. Au sol, son mode de déplacement préférentiel est le quatre pattes, et le repoussé sur les fesses (une préférentiellement, il place ses mains sur le côté pour avancer). Antoine est en capacité de se mettre debout à l'aide d'un appui, et peut se déplacer avec un soutien, voire seul pour un ou deux pas.

Il se déplace quelque fois en autonomie avec son fauteuil mais a besoin d'une aide quasi systématique pour ses déplacements. Concernant les transferts, Antoine est capable, lorsqu'il en a envie, d'enchaîner seul les séquences pour s'installer dans son fauteuil, mais pas d'en descendre.

Au niveau de la motricité fine, Antoine semble avoir une préférence pour la main droite et la préhension est possible des deux mains. Les croisements d'axes sont possibles. Les coordinations bi-manuelles et la coordination main-bouche sont acquies.

Les coordinations oculo-manuelles semblent en bonnes voies car Antoine possède une belle qualité de poursuite oculaire. Il est capable de « lancer vers » lorsqu'il en a envie. Cependant, la précision du geste reste encore précaire du fait d'une adresse de regard encore fragile.

De plus, les objets manipulés sont très investis sur un mode sensoriel mais sur une durée restreinte. Il nous montre l'arrêt de son activité par le jet ou rejet de ce qu'il a dans les mains. Antoine possède des préférences pour certains objets et notamment ceux qui sont ronds (balles) et ceux faisant de la musique.

○ Aptitudes perceptives

D'un point de vue sensoriel, Antoine semble apprécier les stimulations vibratoires et notamment au niveau des pieds et des jambes. Le toucher est donc possible à ce niveau mais nous observons de l'évitement (regard en fuite et détourne la tête) lorsque d'autres parties du corps peuvent être touchées.

Concernant le sens sonore, des questionnements sont encore en suspens. Une surdité profonde à gauche a été détectée. Cependant, il semble très bien réagir à certains sons (cherche du regard et mouvement de tête en direction de la source sonore) alors qu'il ne réagit pas du tout à d'autres. On peut se demander si Antoine peut entendre des vibrations ou des décibels particuliers. Par ailleurs, il est également possible que lorsqu'il tient un objet, l'engagement sensoriel soit trop prégnant, ne laissant alors pas de place à l'intégration d'une nouvelle afférence, l'empêchant ainsi de réagir à certains sons.

Il semble éprouver du plaisir sensorimoteur étant beaucoup dans les déplacements lorsqu'il en a la possibilité.

Antoine présente des autostimulations très présentes. En effet, il tourne sa tête de gauche à droite de manière répétée ou/ et en bougeant les bras et les jambes de haut en bas. On remarque chez lui une majoration des autostimulations lorsqu'il tient un objet dans ses mains (exemple : ballon).

Nous notons que lorsqu'une stimulation sensorielle corporelle lui est apportée (tapotements dans le dos par exemple), celui-ci stoppe ses autostimulations et semble plus disponible à son environnement. On peut alors penser que les sensations amenées par ces gestes comblent le besoin de ressentir son corps. Peut-être que cela crée chez lui un sentiment d'enveloppe, de contenance, et même un sentiment d'existence, que lui apporte normalement ses autostimulations. De plus, elles pourraient être, pour lui, la solution à une abondance sensorielle non assimilable (trop de stimulation dans l'environnement), ainsi, la sensation amenée par ses gestes lui permettrait de ne gérer qu'une seule grosse afférence sensitive et ainsi ne pas se sentir débordé.

Par ailleurs, on pourrait penser, par ces autostimulations, qu'Antoine s'est créée une *seconde peau musculaire* (notion amenée par E. BICK), ne trouvant pas de première peau répondant à ses attentes. Cela peut être dû aux hospitalisations subies très tôt dans son enfance, pouvant

mener à un syndrome d'hospitalisme, l'empêchant d'éprouver suffisamment de contenance psychique et corporelle, de sécurité, auprès de ses parents sur cette période.

Le sens de la vue semble être le sens le plus investi au quotidien, notamment pour entrer en relation avec son environnement quand cela est possible. La permanence de l'objet est acquise.

Par ailleurs, le stade du miroir ne semble pas être acquis. Cependant, malgré le fait qu'Antoine montre une expression du visage particulière (sourire) lorsqu'il rencontre son image dans ce dernier, il est plus probable que celui-ci adresse ce sourire à « une » image plutôt qu'à « son » image, celui-ci ayant tendance, par la suite, à aller chercher derrière le miroir.

Comme dit précédemment, Antoine a tendance à porter les objets à sa bouche : la sphère orale est donc très investie. Il relie souvent ses deux mains lorsqu'il tient un objet, montrant un espace de préhension rallié des deux côtés. Cette période de développement du corps est appelé *Espace du torse* par A. BULLINGER et ces mouvements permettent la construction de l'axe corporel. Une fois construit, l'enfant pourra passer au stade supérieur, le stade de *l'Espace du corps*, permettant à l'enfant d'investir son corps comme véhicule avec comme soubassement l'élaboration instrumentale des jambes et du bassin. Ceci est à mettre en lien avec la station debout qui est donc en cours d'expérimentation pour Antoine.

De plus, la propreté sphinctérienne n'est pas encore acquise, il porte donc des couches. Cela peut dénoter d'une enveloppe corporelle encore poreuse, n'étant pas encore suffisamment structurée, clôturée, afin de pouvoir retenir les matières.

Sur le plan alimentaire, Antoine est dépendant de l'aide d'un tiers. Il peut cependant apporter seul sa cuillère ou son verre à la bouche, lorsqu'il en a envie.

- Relation à l'espace – temps

Au niveau de l'espace, Antoine semble se repérer par rapport à ses intérêts (va chercher une balle dans un filet dans la salle). Il est difficile de savoir si Antoine repère les différents lieux de l'établissement.

Concernant le temps, d'après l'équipe, il ne semble pas se repérer ni avoir conscience des rythmes dans sa journée.

L'établissement des notions d'espace/temps s'établit très tôt dans le développement de l'enfant. La réponse de l'objet parental aux besoins de l'enfant (faim, fatigue, besoin d'être changé...) y contribue fortement : l'alternance entre les états de tensions pouvant être désorganisateurs et l'apaisement apporté par l'environnement (la mère généralement) permettent d'établir la notion de rythme chez l'enfant. D. MARCELLI parlera de *macro-rythme* pour évoquer la répétition de ces moments devant être de la meilleure qualité possible, amenant ainsi à la construction de notions d'espace/temps primitif. En complément d'un étayage provenant de la mère, ces notions pourront être enrichies, pensées. La construction psychique de l'enfant se développera alors.

Dans le cas d'Antoine, on peut supposer que les hospitalisations subies très tôt dans son enfance ont entravé la possibilité de mettre en place des macro-rythmes de bonne qualité, et ainsi de soutenir le développement de ses notions d'espace – temps.

○ *Relation à l'environnement*

Antoine est en mesure de répondre à nos propositions lorsque son état de fatigue et émotionnel le permet, mais également lorsque la proposition l'intéresse. Mais lorsqu'un objet lui plaît beaucoup, il est difficile pour lui de le laisser pour entrer dans une de nos sollicitations. Au niveau du regard, Antoine est dans l'évitement et la fuite la majorité du temps. Cependant, lorsqu'il entre en relation, son regard est adapté.

L'imitation de gestes est possible quand les conditions le permettent (disponibilité d'Antoine, absence de bruits environnants, comptine accompagnant les gestes).

C'est un petit garçon en capacité de vocalisation mais ses babillages ne font pas ressortir de mots intelligibles.

En présence d'un tiers, il peut avoir des moments de contacts, des moments relationnels, mais cela ne dure que quelques secondes. Il repart très rapidement dans ses mouvements d'autostimulations, décroche son regard, ou s'écarte de nous lorsqu'il est au sol. De plus, on peut noter une ambivalence dans son comportement vis-à-vis de l'autre, car un temps, il peut être en demande en tournant autour d'une personne, en se présentant par le dos et la cherchant du regard. Mais dès lors que cette personne répond à la demande d'attention, celui-ci se retire. Cela peut faire penser à une insécurité affective et un type de relation qualifiée d'insécure.

J. BOWLBY a développé une théorie de l'attachement dans laquelle il postule que 3 des 4 phases essentielles de l'attachement de l'enfant à sa figure d'attachement se déroulerait dans la première année de vie.

Les hospitalisations d'Antoine se sont déroulées au cours de cette période, on peut donc penser qu'elles ont entravé les phases de pré-attachement jusqu'à la phase d'attachement franche permettant normalement la construction d'un attachement sécure. Ses comportements laissent à penser qu'Antoine se trouve dans une forme d'attachement qualifiée d'anxieux ambivalent par M. AINSWORTH, qu'elle a pu déterminer suite à son expérience nommée « La situation étrange ». En effet, ce style d'attachement présente des particularités telles que le fait de chercher quelquefois la relation et s'en soustraire rapidement, ainsi que des difficultés de régulations émotionnelles. Ces dernières ont été constatées chez Antoine lorsque nous l'avons ramené sur son groupe : le fait de le laisser a provoqué chez lui un débordement émotionnel (cris, pleurs) qui ont nécessité une réassurance de notre part en reverbalsant qu'on le revoyait la semaine suivante.

De plus, le manque de disponibilité maternelle a peut être également joué sur ce style d'attachement. En effet, la fonction alpha théorisée par W. BION n'a peut-être pas été complètement remplie par la mère, laissant alors l'enfant avec des vécus non détoxifiés, ne permettant pas la mise en place d'un juste accordage entre Antoine et sa mère.

Antoine répond aux sollicitations de ses camarades mais cherche rarement la relation avec eux. Par ailleurs si un enfant l'approche et lui prend l'objet qu'il possède, celui-ci vit très mal la frustration (cris, pleurs) et peut avoir tendance à se désorganiser sur le plan psychique et moteur, résultant sans doute d'un sentiment de perte.

○ Objectifs mis en évidences

- Accompagnement dans les expériences sensorimotrices
- Mise en mots de ces expériences : soutien aux perceptions et représentations
- Soutien et sécurité dans l'expérimentation des déplacements et postures
- Supporter et développer les temps relationnels au travers de toutes ces expériences corporelles.

3.7.2 Les séances de psychomotricité

Lors des séances de psychomotricité, Magic est toujours présent.

Antoine nous a laissé voir un petit garçon avide de mouvements et de déplacements mais également de relation.

○ La première rencontre

Lors de la première rencontre avec Antoine, nous allons exceptionnellement dans la petite salle de psychomotricité. Le chien est avec nous (Antoine avait pu le rencontrer ultérieurement sur des temps informels). La salle étant petite, Magic s'installe alors sur la zone de travail corporel qui est surélevée, situation qui n'était pas prévue. En effet, dans cette configuration, le chien peut paraître impressionnant. Antoine ne le regarde pas : il reste dans ses autostimulations et dans l'évitement, stratégie mise en œuvre depuis le positionnement dans la salle.

Nous essayons alors la mise en place d'un support ferme, en mousse, à placer sur le fauteuil de l'enfant, au niveau de ses genoux, afin que Magic puisse placer ses pattes dessus, et ainsi positionner sa tête au niveau de l'enfant. Ce matériel permet donc de faciliter l'accroche de regard entre les deux acteurs, sans contact direct avec les genoux de l'enfant et sans que le chien ne se fasse mal.

Cet outil ainsi installé, le chien dépose ses pattes à la hauteur d'Antoine, positionnant ainsi sa tête à son niveau, en contrebas. Mais le garçon ne réagit toujours pas à la proposition, il n'est toujours pas disponible à son environnement. Une fois le chien descendu, nous décidons alors de ne plus le faire intervenir volontairement dans la séance, celui-ci n'étant pas spontanément investi.

Antoine commence ensuite à taper avec ses mains sur la planche posée au niveau de ses genoux. Il est possible que ces gestes soient pour lui une forme d'autostimulation. En effet, ils produisent des vibrations, tant dans les mains et les bras, que sur les jambes. Ils provoquent également un bain sonore.

Nous commençons alors à imiter ses gestes et reproduire les rythmes proposés par l'enfant. Nous amenons ensuite un rythme particulier aux tapes, auxquelles Antoine semble répondre en reprenant plus ou moins les propositions lorsque nous nous arrêtons. Je me demande alors si cette notion de rythme prend vraiment sens pour Antoine ou si plus simplement, il laisse la

place aux stimulations venant d'une autre personne avant de reprendre, lorsque l'on cesse nos gestes, à la manière d'une discussion.

C'est alors que nous remarquons un museau posé sur la planche, semblant chercher l'attention, puisque nous n'interagissons pas avec lui. Antoine ne réagissant pas, nous continuons le jeu engagé.

Puis une balle faisant du bruit est proposée à Antoine, il commence à la faire rouler sur la planche, nous lui renvoyons alors à chaque fois, des échanges commencent à s'opérer. Antoine semble présent et disponible à ce que nous lui proposons. De plus, les bruits de la balle permettent de maintenir un environnement sonore qu'il peut contrôler.

Magic fait alors son apparition aux coté d'Antoine, posant sa tête à quelque centimètres des mains du garçon. Il cherche alors à jouer avec la balle à son tour. Il entre alors dans le jeu, nous envoyons volontairement la balle entre les mains d'Antoine et le museau du chien. Un rapprochement s'effectue alors de manière involontaire, en voulant renvoyer la balle. Ce jeu continue pendant plusieurs minutes jusqu'à la fin de la séance. Nous notons alors qu'Antoine accepte la présence très proche du chien sans pour autant l'investir vraiment (son regard est périphérique envers l'animal).

○ L'évolution des séances

Lors de nos premières séances, Antoine se déplaçait principalement à quatre pattes. Mais nous avons pu constater une belle évolution au fil des semaines et notamment après la semaine de vacances de février. Même s'il investit principalement le déplacement au sol en salle de psychomotricité, il est à présent capable de marcher seul sur plusieurs mètres. L'équilibre dynamique reste tout de même précaire et son polygone de sustentation est élargi. L'acquisition de la marche en autonomie étant un de ses objectifs de projet personnalisé, je propose à chaque début de séance un temps d'éveil sensoriel au niveau des pieds sur le temps où je le déchausse. J'effectue alors des tapotements sur la plante de pieds ainsi que des vibrations, tout en verbalisant mon toucher, afin qu'il puisse sentir, percevoir et peut être mieux représenter ses appuis plantaires.

La première séance avec Antoine nous a permis de constater son attrait pour les sons avec rythmes, grâce à une installation prévue initialement pour Magic. Ceci a été repris avec le module en forme de pont : nous avons commencé à taper dessus avec un certains rythme puis avons rajouté une chanson : Antoine était très présent. A l'arrêt de nos mouvements, il tapait

sur le module comme pour nous signifier de continuer. Ce que nous faisons. J'ai alors commencé à taper des mains, en rythme, pour voir si Antoine était plus à même d'imiter en passant directement par le corps et ce fut le cas. Peut-être est-il plus simple pour lui d'imiter les mouvements sans un objet tiers. De plus, taper dans les mains renvoie également à des perceptions vibratoires et sensorielles. Il a pu rester présent avec nous pendant plusieurs minutes sur ce jeu.

Nous lui avons proposé des modules permettant des stimulations vestibulaires dans l'objectif de lui permettre de sortir de ses autostimulations en lui faisant ressentir ces sensations autrement. Dans un premier temps, Antoine a pu investir le module balançoire grâce à nos sollicitations. Nous lui apportons notre aide pour s'installer et pour le balancer. Il avait des difficultés à y rester et s'en allait régulièrement à l'autre bout de la salle. Cependant, il revenait de lui-même et se réinstallait sur le module, semblant nous faire comprendre qu'il souhaitait qu'on recommence à le balancer. A certains moments, il ne revenait pas vers nous, et j'allais alors le chercher soit sur un mode d'imitation (en le suivant en quatre pattes), soit plus directement en le prenant dans mes bras. Je craignais au départ une frustration de sa part, et donc une désorganisation avec cette approche plus directe mais cela n'a pas été le cas. Peut-être que l'environnement et le cadre des séances de psychomotricité lui permettent d'être plus sécure dans la relation.

Ce même module a pu être investi sur un jeu de « caché coucou » où nous avons constaté de beaux regards de plus en plus longs et appuyés. Suite à ce jeu, des échanges de regards ont été constatés entre Antoine et Magic, chose qui n'était pas arrivé. Je pense alors que c'est à ce moment que Magic est devenu « objet d'attention conjointe » et a ainsi commencé à investir sa place de médiateur.

Un module « toupie » a été proposé par la suite, l'enfant peut s'installer dedans et ainsi nous pouvons le faire tourner et lui proposer des balancements. Ces propositions ont pour but, en plus de lui faire vivre des sensations vestibulaires au-delà de ces autostimulations, de travailler autour de ses réflexes toniques notamment autour du tronc, en vue de soutenir la notion d'axe qui est importante dans la marche qu'il est en train d'acquérir.

Lors de la présentation du module à Antoine, celui-ci ne réagit pas et reste dans ses autostimulations. Cependant, Magic intervient en attrapant le module et en le soulevant devant Antoine. Il attire ainsi son attention, Antoine cesse ses mouvements et monte dans le module. Cette scène s'effectue à plusieurs reprises. La communication avec le chien étant plus sobre que

celle avec l'humain, Antoine peut peut-être s'en saisir plus facilement. En effet, l'animal offre moins de signaux à interpréter (pas de communication verbale), évitant ainsi la surcharge perceptive. D'après D. MARCELLI dans *L'enfant, l'animal, une relation pleine de ressource* (p.81), ceci pourrait permettre de développer de plus grandes capacités attentionnelles et ainsi aider à mieux intégrer l'expérience qu'il est en train de vivre grâce au chien.

Magic a ainsi permis de ramener Antoine dans le « ici et maintenant ». De plus l'animal est dénué de jugement et d'attente auprès de l'enfant, ce qui les sécurise et permet de faciliter l'entrée en relation.

Sur certaines séances, Antoine a investi un tableau Velléda posé au sol en s'appuyant dessus, en étant debout, lorsque nous tapions sur le support. Ceci entraînait chez lui des vibrations corporelles en même temps qu'un bain sonore. Lorsque nous arrêtions, il tapait sur le tableau afin de nous signifier qu'il voulait que l'on continue. Puis, afin de l'inciter à la relation par le regard, nous avons établi que nous tapions sur le tableau uniquement au moment où il nous regardait dans les yeux. Il a su s'en saisir et ce mode d'échange s'est instauré peu à peu, permettant de beaux échanges de regards.

Nous avons proposé un jeu de lancer de balles en incluant Magic une première fois en fin de séance. Nous donnions la balle à Antoine. Il la jetait. Magic allait la chercher avant de lui rapporter. Nous avons alors constaté une majoration des mouvements d'autostimulation pouvant suggérer un trop plein de stimulations externes. Il est également possible que cette recrudescence soit due à la fatigue et au manque de disponibilité d'Antoine pour cette activité arrivant en fin de séance. Ces gestes permettant ainsi de le couper d'une situation couteuse en énergie.

Ce jeu a été reproposé lors d'une autre séance. L'attitude d'Antoine était complètement différente. A la suite de son lancer de balle, il allait la chercher en même temps que Magic, le suivant alors en étant très proche. De cette manière, Antoine explorait la salle autrement. Entraîné par le dynamisme de l'animal, il n'a pas eu recours à ses autostimulations habituelles. Peut-être que ce jeu instauré avec le chien lui procurait suffisamment de stimulations pour ne pas avoir à combler un besoin d'existence ou, peut-être qu'il recevait la juste dose de stimulations, l'empêchant alors de se sentir débordé. Lorsque Magic attrapait la balle, Antoine portait son regard vers lui, affichait un grand sourire et continuait de se diriger vers lui. Nous avons fait évoluer le jeu de manière à ce qu'Antoine ait un sentiment de contrôle accru sur la situation et ainsi étayer son narcissisme. En effet, d'après M. WEBER dans *La psychomotricité*

relationnelle, le chien est un support au narcissisme car « il y a une action de la part de l'enfant au lieu d'une acceptation » (p. 149). Ainsi, lorsqu'il lançait la balle, nous attendions un regard d'Antoine vers Magic, pour donner à ce dernier l'autorisation d'aller la chercher. Cela a pu être le cas après quelques essais.

Concernant le relationnel en séance, nous avons constaté de belles évolutions. En effet, au départ nous devions souvent aller chercher Antoine en se rapprochant de lui et en lui proposant des activités puis au fil du temps, il venait de plus en plus vers nous, en nous présentant son dos ou en tournant autour de nous. Il nous signifiait ainsi son envie d'entrer en contact. On peut penser que cette hausse des comportements relationnels peut être liée à la présence de Magic au sein des séances, celui-ci permettant la baisse de l'insécurité affective pouvant être ressentie par Antoine et facilitant l'apaisement, la réassurance et la confiance en soi. D. MARCELLI constate que ces effets sont d'autant plus significatifs lorsque l'entourage de l'enfant est ressenti comme insécure, ce qui semble être le cas pour Antoine.

Puis certains moments ont été marquants par leur rareté. Sur une des dernières séances, alors qu'Antoine s'éloignait, il est revenu vers moi et a attrapé mon bras pour prendre un appui et s'est mis sur les genoux en plongeant son regard dans le mien. Ce moment ne dura que quelques secondes mais je ne savais que faire à part lui sourire tant j'étais émue de cet échange inattendu. La fois suivante, lors des jeux de lancer de balles avec Magic, ce dernier mâchait joyeusement la balle qu'il venait de récupérer. Antoine s'est approché de lui, bien plus près que précédemment, a posé sa tête à quelques centimètres de celle du chien en le regardant dans les yeux durant quelques secondes avant de repartir. Ces interactions semblent montrer que des compétences socles de MONTAGNER se développent : l'attention conjointe ainsi que l'élan à l'interaction. De plus, on peut penser que ce comportement a été possible car, d'après D. MARCELLI, les chiens « ont une façon d'être là qui n'empiète pas, un regard qui crée le lien sans assigner une place, mais qui pourtant invite à exister » (p.84). Ceci amènerait alors Antoine à ressentir une sécurité dans la relation qui serait peut-être plus difficile à obtenir avec un humain. Cependant, cette attention visuelle soutenue permise par la relation avec le chien amènerait à « mieux décoder et comprendre les messages de ses partenaires humains » (p.28). Ainsi, la relation s'établissant avec le chien permettrait à Antoine d'être plus ajusté dans ses relations aux autres.

Nous constatons également qu'Antoine conserve des traces mnésiques des séances précédentes car, régulièrement, il revient de lui-même vers des jeux ayant déjà été investi précédemment.

Conclusion

Antoine est un petit garçon dont le développement psychomoteur a été entravé. La méningite, les hospitalisations de longues durées durant sa première année de vie, ainsi que le manque de disponibilité maternelle ont participé au frein de son développement.

Les acquisitions actuelles lui permettent d'explorer son environnement lorsque c'est possible. Il est donc important de soutenir ces expériences sensorimotrices afin qu'il puisse intégrer les sensations et développer des perceptions puis des représentations. Ainsi, il pourra peut-être éprouver son corps différemment, réaménager son enveloppe corporelle et permettre un sentiment d'existence au-delà des autostimulations. Par sa qualité de médiateur vivant, Magic permet de mettre un terme à ces comportements, en ramenant Antoine dans le « ici et maintenant » lorsqu'il est suffisamment disponible.

On observe une belle amélioration sur le plan relationnel et notamment grâce à la médiation animale, dont Antoine semble se saisir de plus en plus. Il est ainsi davantage en relation, et maintient plus son regard. Il est donc important de supporter ces périodes et de les soutenir.

Les déplacements et postures possibles actuellement mettent en évidence une appétence aux mouvements. Nous pourrions alors soutenir Antoine et l'aider à éprouver de la sécurité dans ses expérimentations.

Antoine semble se trouver dans une meilleure continuité du sentiment d'existence et une récupération de la peau, de l'enveloppe.

Conclusion

En écrivant ce mémoire, j'ai cherché à comprendre comment le chien pouvait être un apport, en tant que médiateur, dans les séances de psychomotricité auprès des enfants atteints de polyhandicap.

J'ai alors réalisé, au fil de la rédaction, que la médiation canine était pertinente avec ce public.

Les spécificités corporelles du chien permettent d'enrichir les propositions d'expériences sensori-motrices auprès de ces enfants. Par ailleurs, un véritable accordage affectif se crée entre les protagonistes via un mode de communication qu'on pourrait qualifier d'archaïque. De plus, grâce à sa manière d'être en relation qui n'empiète jamais, le chien ayant reçu une éducation spécifique permet à l'enfant de renforcer son sentiment d'identité, souvent fragilisé chez ces enfants.

J'ai également pris conscience que ces particularités ne suffisent pas en elles-mêmes, le chien n'est pas « magique ». Ces expériences nécessitent l'étayage du psychomotricien, qui en mettant du sens, des mots, sur ce qui se déroule en séance, permettra à l'enfant de se saisir de ce vécu. Par ailleurs, ce qui se joue entre l'enfant et l'animal se situe au cœur d'une relation triangulaire, où le psychomotricien tient une place prépondérante en étant pleinement engagé corporellement dans les interactions.

Comme me l'a prouvé Antoine sur les premières séances, l'utilisation de cette médiation n'est pas une solution miracle aux difficultés des enfants et notamment dans la relation. En effet, le chien et l'enfant doivent être pleinement disponibles l'un à l'autre pour que puisse émerger les bénéfices liés à l'animal.

Tout au long de l'écriture, je me suis questionnée sur l'apport que pouvait apporter le chien auprès de divers public, comme on peut retrouver dans l'exercice libéral. J'ai alors réalisé que l'essentiel était la manière dont on pensait les séances. Le chien devait être un outil dans notre pratique, sans jamais être imposé au patient. Il doit être un partenaire dans la réalisation des objectifs fixés avec chaque patient. Et en ce sens, il peut être adapté à tout type de pathologie.

Bibliographie

1. ANZIEU Didier, *Le Moi-Peau*, Dunod, 2006, p 61 – 62, p 121 – 123, p 219 – 220.
2. ARENSTEIN Georges-Henri, LESSARD Jean, *La zoothérapie : Nouvelles avancées*, Editions Option Santé, 2009.
3. BASTIEN Christelle, *La zoothérapie : exemple de la personne âgée présentant des troubles cognitifs et vivant à domicile*, thèse de médecine de Nancy, 2011. p. 38 – 42.
4. BEIGER François. *L'enfant et la médiation animale : Une nouvelle approche de la zoothérapie*. 2^{ème} édition, Dunod, Paris, 2016.
5. BOUTIN Am. *Le bien-être physique et mental de la personne polyhandicapée*. Dans: Euforpoly II Europe-Formation-Polyhandicap. Rapport réalisé dans le cadre d'un projet du programme communautaire Leonardo da Vinci. Besançon 2001, AIR, p. 9 – 28.
6. BRAZELTON TB, *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*. Points. 2009, p.123.
7. BULLINGER A. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche*. Eres, 2004, p.23 – 80.
8. CAMBERLAIN Ph. et Pr. G. PONSOT. *La personne polyhandicapée, la connaître, l'accompagner, la soignée*. Dunod 2017, p. 295 – 299.
9. DALLA PIAZZA Serge et GODFROID Bénédicte, *La personne polyhandicapée, son évaluation et son suivi*, éditions De Boeck, 2004.
10. DAUBA Sophie, *Polyhandicap et psychomotricité : L'utilisation des sens pour s'ouvrir au monde et à la relation*, Mémoire de Bordeaux, Juin 2012.
11. DOLTO Françoise, *L'image inconsciente du corps*, Editions du Seuil, 1984, p.7 – 45.
12. DOUBLET Emilie, *Psychomotricité et polyhandicap : vers l'éveil du corps*, Mémoire de Bordeaux, Juin 2012.
13. GOLSE Bernard, *À propos des stéréotypies chez les enfants autistes. Entre recherche et évitement de l'objet ou entre reprise développementale et dévitalisation*, La psychiatrie de l'enfant, 2006/2 (Vol. 49), p. 443-458.

14. GAYDA Michel, LEOVICI Serge, *L'enfant polyhandicapé et son milieu : groupe de recherche sur l'autisme et le polyhandicap*, Ed. l'Harmattan, 2002.
15. GAUDON Philippe, *L'enfant déficient moteur polyhandicapé*, Ed. Solal, 1999.
16. GIROMINI Françoise, ALBARET Michel, SCIALOM Philippe. *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 3. Cliniques thérapeutiques*. Edition De Boeck Solal, 2015. p.139 – 147.
17. GIROMONI Françoise, « La médiation en psychomotricité », *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*. ERES, 2012, pp. 253-264.
18. GOLDBETER - MERINFELD Édith, *Attachement et Intersubjectivité : premiers liens de l'enfant. Introduction*, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2005/2 (no 35), p. 5-12. Et *Théorie de l'attachement et approche systémique*, De Boeck Supérieur, « Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux », 2005/2 n°35. p. 13 – 28.
19. HAAG Geneviève, *De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme*, *Enfances & Psy*, 2008/4, n°41, p.14 – 22.
20. KADDOURI Lucie, *Intérêts de la médiation animale et lien avec la thérapie psychomotrice auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle*, Mémoire de Bordeaux, Juin 2016.
21. LEOVICI Serge, *Les liens intergénérationnels (transmission, conflits). Les interactions fantasmatiques*, dans *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF, 1989, p. 141-146.
22. MARCELLI Daniel et LANCHON Anne, *L'enfant, l'animal, une relation pleine de ressources*. Ed. Erès 2017.
23. MEDEVILLE Camille. *Les bienfaits des animaux de compagnie sur la santé, une application : la zoothérapie, constats et perspectives*. Thèse de pharmacie de Bordeaux, Avril 2008.
24. MICHALON Jérôme. *Panser avec les animaux : Sociologie du soin par le contact animalier*. Presses des mines, Mai 2014.

25. MONTAGNER Hubert, *L'enfant et les animaux familiers. Un exemple de rencontre et de partage des compétences spécifiques et individuelles*, *Enfances & Psy*, 2007/2, n°35, p 15 – 34.
26. MOURGUES Gaëlle, *Polyhandicap, communication et psychomotricité*. Mémoire de Bordeaux, Juin 2000.
27. NAGASOWA Miho et al., *Oxytocin-gaze loop and the coevolution of human-dog bonds*, *Science*, 348 (6222), 2015, p. 333 – 336.
28. PATTE K., PORTE M., SCHIFANO L., VIOLLET E., COTTALORDA J., *Le polyhandicap : de l'enfant à l'adulte, Acquisitions en médecine physique et de réadaptation*, SAURAMPS MEDICAL, février 201, p. 16 – 19.
29. PETITPIERRE Geneviève, psycho-pédagogue, chargée de cours à l'Université de Genève et de Fribourg : « *Approche psychosensorielle de l'enfant polyhandicapé sans langage verbal* ».
30. SARCIA José, *Zoothérapie, le pouvoir thérapeutique des animaux*, Edition Arthaud, 2017.
31. SIEGEL Judith et al., *Stressfull life events ans use of physician services among the Elderly : The moderating role of Pet ownership*, *Journal of Peronality and Social Psychology*, 58(6), 1990, p.1081 – 1086.
32. STERN Daniel, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF, ed. Le fil rouge, Alan Lazartigues et Dominique Pérard, trad., 1989. P 183 – 184.
33. TEJERO Camille, *Naître parent d'un enfant porteur de handicap. Réflexion sur l'accompagnement des parents ayant un enfant en situation de handicap par le psychomotricien*. Mémoire de Bordeaux, 2017.
34. URNOUS Clémence. *La médiation du chien dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer* ; Mémoire de Bordeaux Juin 2012.
35. WEBER Maryse, « *Le chien assistant dans la psychomotricité relationnelle* », *La psychomotricité relationnelle*, sous la direction de GATECEL Anne, Editions EDK, 2012.
36. WILLEMS Sandrine. *L'animal à l'âme ; De l'animal-sujet aux psychothérapies accompagnées par des animaux*, Editions du Seuil, Septembre 2011

Sites internet

1. <http://gpf.asso.fr/>
2. <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/?sequence=5>
3. http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/4556/Chapitre_11.html#Chap11-bib47
4. <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/4556/Synthese.html>
5. http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=111&Itemid=82
6. <http://www.mediation-animale.org/mediation-animale-une-nouvelle-definition-par-resilienfance-et-al/>

Table des matières

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction	3
1. Le polyhandicap	5
1.1 Définition.....	5
1.1.1 Qu'est-ce que le handicap	5
1.1.2 Les différents types de handicap	6
1.1.3 Le polyhandicap	7
1.2 Etiologie et prévalence	8
1.2.1 Etiologie	8
1.2.2 Prévalence	9
1.3 Troubles liés au polyhandicap	9
1.3.1 Déficience motrice	9
1.3.2 Déficience intellectuelle	10
1.3.3 Troubles secondaires	11
1.3.4 Troubles du comportement.....	11
1.4 La place des interactions précoces.....	12
1.4.1 L'enfant imaginaire	12
1.4.2 Handling et Holding	13
1.4.3 Le dialogue tonique	14
1.4.4 Accordage affectif	15
1.4.5 Attachement primaire	16
1.5 Impact sur le développement psychomoteur de l'enfant	17
1.5.1 Tonus et posture	17
1.5.2 Attitudes sensorielles et perceptives.....	19
1.5.3 Notion d'espace – temps	20
1.5.4 Attitudes psycho-affective.....	20
2. La médiation canine	23
2.1 Qu'appelle-t-on médiation ?.....	23
2.1.1 Définition	23
2.1.2 Un médiateur vivant	23
2.1.3 Un outil du psychomotricien	24
2.2 Qu'est-ce que la médiation animale ?.....	24
2.2.1 Histoire	24
2.2.2 Etymologie	25

2.2.3	Définition	25
2.3	Qu'en est-il du chien ?.....	26
2.3.1	Pourquoi choisir cet animal ?	26
2.3.2	Une éducation spécifique	27
2.3.3	Les apports du chien dans la santé	27
2.4	Les spécificités du chien.....	29
2.4.1	Les besoins fondamentaux	29
2.4.2	Les bienfaits physiologiques	30
2.4.3	Quand parle-t-on d'effet thérapeutique?	31
2.4.4	Une relation triangulaire.....	31
2.4.5	La projection	33
2.4.6	L'ici et maintenant	33
2.4.7	La peur.....	34
2.4.8	Donner un sens à la médiation	35
3.	Médiation canine auprès des enfants atteint de polyhandicap au Jardin d'Enfant Spécialisé (JES).....	37
3.1	Prise en soin de l'enfant porteur de polyhandicap.....	37
3.1.1	Une équipe pluridisciplinaire	37
3.1.2	Un projet commun.....	38
3.1.3	Les besoins essentiels.....	38
3.1.4	Objectifs transversaux	39
3.1.5	Le bilan en psychomotricité	41
3.1.6	La place de la psychomotricité.....	42
3.2	Les rencontres avec Magic	43
3.2.1	Les temps informels	44
3.2.2	Source d'attrait et d'envie	45
3.2.3	Les séances	45
3.3	Attachement et accordage affectif	46
3.3.1	Baisse de l'insécurité affective.....	46
3.3.2	Les compétences socles.....	46
3.3.3	La réminiscence.....	50
3.3.4	Une histoire d'hormone ?.....	50
3.4	Support du développement sensori-moteur	51
3.4.1	Le système tactile	51
3.4.2	Le système olfactif	53
3.4.3	Le système visuel	54
3.4.4	Le système auditif	55

3.4.5	Le système vestibulaire	55
3.4.6	De la sensation à la perception jusqu'à la représentation.....	57
3.5	Sentiment d'identité.....	59
3.5.1	Le Moi-peau	59
3.5.2	La possibilité de choix et d'opposition	61
3.6	Communication	62
3.6.1	De l'identité à l'ouverture du monde	62
3.6.2	Le rôle du tonus.....	62
3.6.3	Un médiateur de communication	63
3.6.4	Et la parole ?.....	64
3.7	Etude de cas d'Antoine.....	65
3.7.1	Son histoire.....	65
3.7.2	Les séances de psychomotricité	72
	Conclusion.....	78
	Table des matières	83